이 약관은 금융소비자보호법 및 소비자보호
내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

미니생활보험 목차

□ **안내사항**

가입자 유의사항

주요내용 요약서

보험용어 해설

□ **약관**

[미니생활보험 보통약관]

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

제2조(용어의 정의)

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제6조(보험금 지급사유의 통지)

제7조(보험금의 청구)

제8조(보험금의 지급절차)

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

제10조(주소변경통지)

제11조(보험수익자의 지정)

제12조(대표자의 지정)

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

제16조(사기에 의한 계약)

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립)

제18조(청약의 철회)

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

제20조(계약의 무효)

제21조(계약내용의 변경 등)

제22조(보험나이 등)

제23조(계약의 소멸)

제 5 관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제28조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

제 29 조의 2(위법계약의 해지)

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

제 32 조(보험료의 환급)

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 33 조(분쟁의 조정)

제 34 조(관할법원)

제 35 조(소멸시효)

제 36 조(약관의 해석)

제 37 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

제 38 조(회사의 손해배상책임)

제 39 조(개인정보보호)

제 40 조(준거법)

제 41 조(예금보험에 의한 지급보장)

[미니생활보험 특별약관]

교통상해 사망 특별약관

교통상해 후유장해 특별약관

대중교통이용중 상해 사망 특별약관

대중교통이용중 상해 후유장해 특별약관

업무외 상해 사망 특별약관

업무외 상해 후유장해 특별약관

상해 입원일당 특별약관

상해 종합병원 입원일당 특별약관

교통상해 입원일당 특별약관

질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

질병 입원일당 특별약관

아나필락시스 진단비(연간1회한) 특별약관

응급의료 아나필락시스 진단비(연간1회한) 특별약관

골절진단비 특별약관

골절진단비(치아파절제외) 특별약관

골절수술비 특별약관

화상진단비(2도이상) 특별약관

화상진단비(3도이상) 특별약관

화상진단비(심재성2도이상) 특별약관

화상수술비 특별약관

벌금 특별약관

자동차사고 변호사선임비용 특별약관

심급별 자동차사고 변호사선임비용(경찰조사포함, 자기부담금 50%) 특별약관

교통사고처리지원금(자가용, 동승자 포함) 특별약관

자전거상해 사망후유장해 특별약관

자전거사고 벌금 특별약관

자전거사고 변호사선임비용 특별약관

자전거사고 교통사고처리지원금(사망, 동승자 제외) 특별약관

자전거사고 교통사고처리지원금(중대법규위반(6주이상), 동승자 제외) 특별약관

자전거사고 교통사고처리지원금(중상해, 동승자 제외) 특별약관

차대자전거사고 자전거파손(자기과실손해) 수리비용 특별약관

식중독 진단비(2일이상 입원) 특별약관

음식매개세균성장염진단비 특별약관

특정감염병진단비 특별약관

얼굴성형수술비 특별약관

익사사고 사망 특별약관

강력범죄보상 특별약관

폭력피해보상 특별약관

기후성질환(온열질환)진단비 특별약관

기후성질환(한랭질환)진단비 특별약관

독액성동물접촉중독진단비 특별약관

고압산소요법치료비(급여, 연간1회한) 특별약관

수도권 지하철 지연 손해 추가비용 특별약관

특정 2대 호흡계질환 진단비 특별약관

특정 5대 호흡계질환 진단비 특별약관

특정 4대 소화계질환 진단비 특별약관

특정 6대 소화계질환 진단비 특별약관

수두 진단비 특별약관

여름철 수족구 진단비(연간1회한) 특별약관

여름철 식중독 진단비(2일이상 입원) 특별약관

여름철 음식매개세균성장염진단비(4일이상 입원) 특별약관

여름철 기후성질환(온열질환)진단비(월1회한) 특별약관

겨울철 기후성질환(한랭질환)진단비(월1회한) 특별약관

겨울철 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한) 특별약관

봄철 특정감염성질환 진단비(연간1회한) 특별약관

여름철 특정감염성질환 진단비(연간1회한) 특별약관

가을철 특정감염성질환 진단비(연간1회한) 특별약관

겨울철 특정감염성질환 진단비(연간1회한) 특별약관

봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당 특별약관

여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원일당 특별약관

가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원일당 특별약관

겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당 특별약관

봄철 다빈도질환(호흡계질환) 수술비 특별약관

여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 수술비 특별약관

가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 수술비 특별약관

겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 수술비 특별약관

깁스치료비(부목치료 제외) 특별약관

상해 응급실내원 진료비(응급) 특별약관

상해 중환자실 입원보상(1일이상) 특별약관

골절진단비(머리·얼굴·목 부위)(치아파절제외) 특별약관

골절진단비(가슴·등 부위) 특별약관

골절진단비(어깨·팔 부위) 특별약관

골절진단비(허리·골반 부위) 특별약관

골절진단비(손·손목 부위) 특별약관

골절진단비(발·발목·다리 부위) 특별약관

골절수술비(머리·얼굴·목 부위) 특별약관

골절수술비(가슴·등 부위) 특별약관

골절수술비(어깨·팔 부위) 특별약관

골절수술비(허리·골반 부위) 특별약관

골절수술비(손·손목 부위) 특별약관

골절수술비(발·발목·다리 부위) 특별약관

상해 근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상 수술비 특별약관

상해 근골격계(가슴·등 부위) 손상 수술비 특별약관

상해 근골격계(어깨·팔 부위) 손상 수술비 특별약관

상해 근골격계(허리·골반 부위) 손상 수술비 특별약관

상해 근골격계(손·손목 부위) 손상 수술비 특별약관

상해 근골격계(발·발목·다리 부위) 손상 수술비 특별약관

창상봉합술 치료비(1일 1회한) 특별약관

인공호흡기(12시간초과) 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

저체온요법 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

골절(치아파절제외) 부목치료비 특별약관

상해 골절(치아파절제외) 재활치료비(단순재활)(급여)(1일1회, 연간5회한) 특별약관

상해 골절(치아파절제외) 재활치료비(전문재활)(급여)(1일1회, 연간3회한) 특별약관

상해 골·관절 도수정복술 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

상해 골절(치아파절제외) 철심제거 수술비(급여)(연간1회한) 특별약관

상해 골·관절 고정술 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

상해 골절(치아파절제외) CT검사비(급여)(연간1회한) 특별약관

상해 골절(치아파절제외) MRI검사비(급여)(연간1회한) 특별약관

특정 관절, 연골 및 인대 관련질환 수술비 특별약관

특정 근육 및 힘줄 관련질환 수술비 특별약관

특정 뼈 및 조직 관련질환 수술비 특별약관

특정 무릎 다빈도질환(러너스니) 수술비 특별약관

골절진단비(치아파절제외)(연간1회한) 특별약관

골절진단비(머리·얼굴·목 부위)(치아파절 제외)(연간1회한) 특별약관

골절진단비(가슴·등 부위)(연간1회한) 특별약관

골절진단비(어깨·팔 부위)(연간1회한) 특별약관

골절진단비(허리·골반 부위)(연간1회한) 특별약관

골절진단비(손·손목 부위)(연간1회한) 특별약관

골절진단비(발·발목·다리 부위)(연간1회한) 특별약관

화상진단비(심재성2도이상)(연간1회한) 특별약관

교통사고 및 자전거사고처리지원금(공탁금 선지급) 특별약관

상해 사망위험 보상제외 특별약관

상해 후유장해위험 보상제외 특별약관

지정대리청구서비스 특별약관

장애인전용보험전환 특별약관

단체계약 특별약관

보험료정산 추가특별약관

보험료정산 추가특별약관(II)

상품다수구매자 단체계약 특별약관

상품다수구매자 단체계약 보험료정산 추가특별약관

[별표 1] 장해분류표

[별표 2] 아나필락시스 분류표

[별표 3] 골절 분류표

[별표 4] 화상분류표

[별표 5] 교통사고처리특례법 제3조 2항 단서

[별표 6] 식중독 분류표

[별표 7] 음식매개세균성장염 분류표

[별표 8] 특정감염병 분류표

[별표 9] 기후성질환(온열질환) 분류표

[별표 10] 기후성질환(한랭질환) 분류표

[별표 11] 독액성동물접촉중독 분류표

[별표 12] 고압산소요법(급여) 분류표

[별표 13] 특정2대호흡계질환 분류표

[별표 14] 특정5대호흡계질환 분류표

[별표 15] 특정4대소화계질환 분류표

[별표 16] 특정6대소화계질환 분류표

[별표 17] 수두 분류표

[별표 18] 수족구 분류표

[별표 19] 독감(인플루엔자) 분류표

[별표 20] 봄철 특정감염성질환 분류표

[별표 21] 여름철 특정감염성질환 분류표

[별표 22] 가을철 특정감염성질환 분류표

[별표 23] 겨울철 특정감염성질환 분류표

[별표 24] 봄철 다빈도질환 분류표

[별표 25] 여름철 다빈도질환 분류표

[별표 26] 가을철 다빈도질환 분류표

[별표 27] 겨울철 다빈도질환 분류표

[별표 28] 응급증상 및 이에 준하는 증상

[별표 29] 골절(머리·얼굴·목 부위) 분류표

[별표 30] 골절(가슴·등 부위) 분류표

[별표 31] 골절(어깨·팔 부위) 분류표

[별표 32] 골절(허리·골반 부위) 분류표

[별표 33] 골절(손·손목 부위) 분류표

[별표 34] 골절(발·발목·다리 부위) 분류표

[별표 35] 상해 근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상 분류표

[별표 36] 상해 근골격계(가슴·등 부위) 손상 분류표

[별표 37] 상해 근골격계(어깨·팔 부위) 손상 분류표

[별표 38] 상해 근골격계(허리·골반 부위) 손상 분류표

[별표 39] 상해 근골격계(손·손목 부위) 손상 분류표

[별표 40] 상해 근골격계(발·발목·다리 부위) 손상 분류표

[별표 41-1] 급여 창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드

[별표 41-2] 급여 창상봉합술 대상 수가코드

[별표 42] 자동차사고 부상등급표

[별표 43] 인공호흡기(12시간초과) 치료(급여) 분류표

[별표 44] 저체온요법 치료(급여) 분류표

[별표 45] 부목치료 대상 수가코드

[별표 46] 재활치료(단순재활)(급여) 분류표

[별표 47] 재활치료(전문재활)(급여) 분류표

[별표 48] 골·관절 도수정복술(급여) 분류표

[별표 49] 철심제거술(급여) 분류표

[별표 50] 골·관절 고정술(급여) 분류표

[별표 51] CT검사(급여) 분류표

[별표 52] MRI검사(급여) 분류표

[별표 53] 특정 관절, 연골 및 인대 관련질환 분류표

[별표 54] 특정 근육 및 힘줄 관련질환 분류표

[별표 55] 특정 뼈 및 조직 관련질환 분류표

[별표 56] 특정 무릎 다빈도질환(러너스니) 분류표

<참고> 약관에서 인용된 법·규정

[법규1] 의료법

[법규2] 전자서명법

[법규3] 민법

[법규4] 상법

[법규5] 개인정보 보호법

[법규6] 개인정보 보호법 시행령

[법규7] 보험업법

[법규8] 보험업법 시행령

[법규9] 보험업 감독규정

[법규10] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

[법규11] 약사법

[법규12] 장기등 이식에 관한 법률

[법규13] 소득세법

[법규14] 소득세법 시행령

[법규15] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

[법규16] 관공서의 공휴일에 관한 규정

[법규17] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

[법규18] 국민건강보험법

[법규19] 국민건강보험법 시행령

[법규20] 의료급여법

[법규21] 의료급여법 시행령

[법규22] 지역보건법

[법규23] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

[법규24] 장애인복지법

[법규25] 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

[법규26] 산업재해보상보험법 시행규칙

[법규27] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

[법규28] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

가입자 유의사항

1. 보험계약 관련 유의할 사항

○ **보험계약전 알릴의무 위반**

- 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 회사에 알려야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금 지급이 거절되거나 보험계약이 해지될 수 있습니다.

- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ **상해 및 질병 관련 보장**

- 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

○ **재물 및 배상책임 관련 보장**

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는

그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

2. 보험금 지급관련 유의할 사항

○ **다수계약의 비례보상에 관한 사항**

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 약관에서 정한 비율에 따라 보험금을 계산하여 지급합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 보험기간이 90 일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

4. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체계약의 경우는 제외

- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 재물 및 배상책임보험계약을 맺기 전에 이미 보험의 목적에 사고가 발생한 경우

5. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만일 경우에는 7 일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)하고 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.

6. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

7. 계약 전·후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명 포함)을 하셔야 합니다. (단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 계약 후 알릴의무: 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 약관에서 정한 계약후 알릴 의무가 생긴 경우에는 지체없이 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

3) 알릴 의무 위반의 효과: 약관에 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

8. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3 영업일, 재물손해, 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7 일 이내에 지급하여 드립니다.

다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사 및 확인하기 위해 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.

회사가 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 보험금에 더하여 지급합니다.

이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

보험용어	용어 해설
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금
보험가액	재산보험에 있어 피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절은 제외

주) 이외 보험용어에 대한 해설은 각 조항별 <용어풀이>를 참고하시기 바랍니다.

미니생활보험

보통약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

바. 보험약관: 보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

사. 보험가입금액: 회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금

2. 지급사유 관련 용어

가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

나. 장해: <별표 1> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

<용어풀이>

보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증: 회사의 인수기준에 따라 보장내용의 보험가입금액을 일정금액 이하로 낮추거나 일부 보장내용의 가입을 거절하거나 알릴 의무와 관련하여 보험금을 삭감하거나 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 보험료를 할증하는 것을 말합니다.

3. 지급금과 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는

이자 계산방법을 말합니다.

<연단위 복리 계산법 예시>
100원(원금) + 100원 X 10%(1년차 이자) + [100원 + 100원 X 10%] X 10%(2년차 이자) = 총 121원

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금

<용어풀이>
질병: 신체의 전체 또는 일부가 일차적 또는 계속적으로 장애를 일으켜서 정상적인 기능을 할 수 없는 상태를 말합니다.

2. 보험기간 중 상해로 장해분류표(<별표 1> 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

<용어풀이>

장해: <별표 1> 장해분류표에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

후유장해: 피보험자 혹은 피해자가 사고에 의해 상해를 입고, 그 직접의 결과로서 신체의 일부를 잃던가 신체의 기능에 영구히 장해가 남은 상태를 말합니다.

후유장해보험금: 후유장해 보험가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱한 금액을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

<용어풀이>

실종선고: 어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우

연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(<별표 1> 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법 제3조(의료기관)」에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한

경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

<사례>

이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 장해: 보험가입 전 한 팔의 손목관절에 심한 장해(지급률 20%)가 있었던 피보험자가 보험가입 후 상해로 그 손목관절에 기능을 완전히 잃은 경우(지급률 30%)에는 보험가입 후 발생한 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%에 해당하는 후유장해보험금을 지급

⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

<용어풀이>

흥행: 영리를 목적으로 요금을 받고 퍼포먼스 등을 대중에 보여주는 행위를 말합니다.

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제 6 조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 알게 된 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법 제3조(의료기관)」에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정 신청

<용어풀이>

분쟁조정제도: 주로 금융소비자가 금융회사를 상대로 제기하는 금융분쟁에 대하여 금융감독원이 조정신청을 받아 의견을 제시하여 당사자 간의 합의를 유도함으로써 소송을 통하지 않고 분쟁을 원만하게 해결하는 제도를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제 6 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 6 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

<용어풀이>

가지급보험금: 보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는

경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

⑤ 회사는 제1항의 규정에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

<부 표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31 일이후부터 60 일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61 일이후부터 90 일이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91 일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

<용어풀이>

보험계약대출이율: 계약자가 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(보험계약대출이라 합니다)을 받을 때 적용하는 이율을 말합니다.

현재 시점의 보험계약대출이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

2. 가산이율 적용시 제 8 조(보험금의 지급절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑦ 회사는 제 6 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)

① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시

에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

<월평균 정기예금이율>

현재 시점의 정기예금이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

<'연단위 복리로 계산한 금액을 더하'며 및 '연단위 복리로 할인한 금액을 지급'의 예시>

1) '연단위 복리로 계산한 금액을 더하며'의 예시



↑ 첫 지급일 지급일 (2020.1.1.)

↑ 두번째 (2021.1.1.)

(가정: 2020.1.1.에 일시에 지급할 보험금 100만원을 2020.1.1.과 2021.1.1.에 각각 50만원씩 나누어 지급, 월평균 정기예금이율 5%)

:2020.1.1. 지급액 = 50만원

2021.1.1. 지급액 = 50만원 + (50만원 X 5%) = 52.5만원

2) '연단위 복리로 할인한 금액을 지급'의 예시



↑ ↑

일시 지급일

(2020.1.1.) (2021.1.1.)

(가정: 2020.1.1.과 2021.1.1.에 각각 50만원씩 나누어 지급할 보험금을 2020.1.1.에 일시에 지급, 월평균 정기예금이율 5%)

2020.1.1.에 일시에 지급할 보험금 = 50만원 + $\frac{\text{50만원}}{(1+5\%)}$ = 97.62만원

제 10 조(주소변경통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우

에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 11 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제 2 호의 경우는 피보험자로 합니다.

제 12 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 계약 전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 책임을 연대로 합니다.

<용어풀이>
연대 책임: 2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행

할 책임을 지고(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름) 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법 제 3 조(의료기관)」의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

<유의사항>

계약 전 알릴 의무 위반시 효과는 아래 상법 제 651 조를 따릅니다.

「상법 제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지)」

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

   가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

   나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

   다. 현재의 직업을 그만둔 경우

<용어풀이>

직업:

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6 개월 이상) 계속하여 종사하는 일

2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

직무: 직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

   예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차,

전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제 1 항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 21 조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)

↓

계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약

↓

계약변경사항 인수 심사

↓

정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)

↓

계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위

험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.

④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

<용어풀이>
해지: 현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관

계를 청산하는 것을 말합니다.

중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우,

계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금

을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 16 조(사기에 의한 계약)

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 취소후 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 17 조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도

의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 18 조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약 또는 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

<용어풀이>

전문금융소비자: 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

일반금융소비자: 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만. 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회한 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

<용어풀이>

약관의 중요한 내용: 보험업법 시행령 제 42 조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제 4-35 조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해지환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항

- 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

통신판매계약: 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

<용어풀이>

통신판매계약: 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

<용어풀이>

자필서명: 날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 20 조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는

경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

<용어풀이>

심신상실자 또는 심신박약자: 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제 21 조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우

승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험기간

2. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간

3. 계약자, 피보험자 중 일부

4. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

<유의사항>

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

⑤ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제 22 조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

<유의사항>

해당 연도의 계약 해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약 해당일로 합니다.

③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

<보험나이 계산 예시>

생년월일: 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2014 년 4 월 13 일

⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

<유의사항>

청약서 및 보험증권 등 보험계약을 증명하기 위한 문서에서 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진

이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 보험료의 차액을 정산합니다.

제 23 조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

<용어풀이>

보장개시일: 회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 25 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만,

금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

<용어풀이>
납입기일: 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용

② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한

경우에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것

2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것

3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것

4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

④ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 27 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제 26 조(보험료 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의

부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2 회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제 13 조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 28 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

① 타인을 위한 계약의 경우 제32조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하여야 합니다. 또한, 회사는 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

② 제20조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 잔여기간에 대하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해

지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다.

제 29 조의 2(위법계약의 해지)

①계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

<유의사항>

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 32 조(보험료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우: 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우: 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 제1항 제2호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제16조(사기에 의한 계약), 제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자

의 서면동의 철회) 또는 제30조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우

3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실

④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 회사가 해지권을 행사하는 경우 제4항의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 33 조(분쟁의 조정)

① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 34 조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 35 조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

<유의사항>

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 진행합니다. 보험금 지급사유가 2020 년 1 월 1 일에 발생하였음에도 2023 년 1 월 1 일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 36 조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

「약관의 규제에 관한 법률 제 5 조(약관의 해석)」

② 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 37 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 38 조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었

는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

<용어풀이>

현저하게 공정을 잃은 합의: 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 39 조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 40 조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제 41 조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<용어풀이>

예금자보호제도: 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

미니생활보험

특별약관

당신에게 좋은보험 삼성화재

교통상해 사망 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하 "교통사고" 라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>

자동차를 운전하던 중: 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는

제1항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차를 말합니다.

④ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통상해 후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중 아래에 정한 사고(이하 "교통사고"라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>

자동차를 운전하던 중: 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 제1항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

③ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차를 말합니다.

④ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통이용중 상해 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 승객으로서 대중교통수단을 이용하던 중에 아래의 사고로 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 사망하더라도 보상하여 드립니다

③ 제 1 항에서 교통사고라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 또는 승객(입장객을 포함)으로서 승강장 안에 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

④ 제 1 항에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 자동차운수사업법 시행령 제 2 조에서 규정한 시내버스, 시외버스 및 고속버스 (전세버스 제외)
4. 자동차운수사업법 시행령 제 2 조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에 아래의 사유로 발생한 지급사유에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

재3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

대중교통이용중 상해 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 승객으로서 대중교통수단을 이용하던 중에 아래의 사고로 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)로 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

1. 운행중 대중교통수단에 피보험자가 탑승중에 일어난 교통사고
2. 대중교통수단에 피보험자가 탑승목적으로 승·하차 하던중 일어난 교통사고
3. 대중교통수단의 이용을 위해 피보험자가 승강장내 대기중 일어난 교통사고

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항에서 교통사고라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 운행중의 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중의 교통수단(적재물을 포함)와의 충돌, 접촉 또는 이들 승용구의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

2. 운행중의 교통수단에 탑승하고 있을 때 또는 승객(입장객을 포함)으로서 승강장안에 있을 때 급격하고도 우연한 외래의 사고

④ 제 1 항에서 대중교통수단이라 함은 이용을 원하는 모든 사람이 이용할 수 있는 교통수단으로 아래의 교통수단을 말합니다.

1. 여객수송용 항공기
2. 여객수송용 지하철/전철, 기차
3. 자동차운수사업법 시행령 제 2 조에서 규정한 시내버스, 시외버스 및 고속버스 (전세버스 제외)
4. 자동차운수사업법 시행령 제 2 조에서 규정한 일반택시, 개인택시(렌트카 제외)
5. 여객수송용 선박

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에 아래의 사유로 발생한 지급사유에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 업무외(통상적인 출퇴근을 포함합니다) 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 사망하더라도 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항에서 「업무」라 함은 피보험자가 임금근로자(임시 및 일용직 포함) 및 자영업자인 경우 직업 및 직무에 종사하는 활동(출퇴근 제외)을 말하며, 학생의 경우 학업중 활동(등하교 제외)을 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

업무외 상해 후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 업무외(통상적인 출퇴근을 포함합니다) 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)로 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

② 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 후유장해가 발생하더라도 보상하여 드립니다.

③ 제 1 항에서 「업무」라 함은 피보험자가 임금근로자(임시 및 일용직 포함) 및 자영업자인 경우 직업 및 직무에 종사하는 활동(출퇴근 제외)을 말하며, 학생의 경우 학업중 활동(등하교 제외)을 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ( )일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 ( )일 이상 입원 1일에 대하여 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

< 용어 풀이 >

1. 입 원

이 보험에서 「입원」이라 함은 의사,치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법 제3조(의료기관)」 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

상해 종합병원 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에서 1 일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 1 일 이상 입원 1 일에 대하여 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 상해 종합병원 입원일당으로 지급합니다. 다만, 상해 종합병원 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

② 제 1 항의 경우 종합병원에 입원한 날만을 기준으로 180 일을 계산합니다

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 1 회 입원으로 보아 입원일수를 더합니다.

④ 제 1 항의 경우 피보험자가 종합병원에서 다른 종합병원으로 이전하여 입원한 경우에도 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

⑤ 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제 1 항에 따라 상해 종합병원 입원일당을 계속 보장합니다.

⑥ 피보험자가 종합병원 이외의 병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날부터 제 1 항에 따라 상해 종합병원 입원일당을 지급합니다.

⑦ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 종합병원 이외의 병원으로 이전하여 입원한 경우 이전하여 입원한 날까지 제 1 항에 따라 상해 종합병원 입원일당을 지급합니다.

⑧ 피보험자가 종합병원에 입원하여 치료를 받던 중 해당병원이 종합병원 지정이 취소된 경우 최초로 퇴원하기 전까지 계속 중인 입원기간에 대하여 제 1 항에 따라 상해 종합병원 입원일당을 지급합니다.

⑨ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 상해 종합병원 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(종합병원의 정의)

「종합병원」이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 종합병원을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

< 용어 풀이 >

1. 입 원

이 보험에서「입원」이라 함은 의사,치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여「의료법 제3조(의료기관)」제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

교통상해 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 아래에 정한 사고(이하 "교통사고" 라 합니다)로 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 입원하여 치료를 받은 경우에 입원 1일에 대하여 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 입원일당으로 지급합니다. 다만, 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

1. 자동차를 운전하던 중에 발생한 자동차사고
2. 운행중인 자동차에 운전을 하지 않은 상태로 탑승중이거나 운행중인 기타 교통수단에 탑승(운전을 포함합니다)하고 있을 때 발생한 교통사고
3. 운행중인 자동차 및 기타 교통수단에 탑승하지 않은 때, 운행중인 자동차 및 기타 교통수단(적재물을 포함합니다)과의 충돌, 접촉 또는 이들 자동차 및 기타 교통수단의 충돌, 접촉, 화재 또는 폭발 등의 교통사고

<용어풀이>

자동차를 운전하던 중: 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 피보험자가 동일한 상해의 치료를 직접 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 입원일수를 합산하여 제1항을 적용합니다.

③ 회사는 피보험자가 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 생긴 손해에 대하여는 제1항에 정한 교통사고에서 제외합니다.

1. 시운전, 경기(연습을 포함합니다) 또는 흥행(연습을 포함합니다)을 위하여 운행중의 교통수단에 탑승하고 있는 동안 발생한 손해
2. 하역작업을 하는 동안 발생된 손해
3. 교통수단의 설치, 수선, 점검, 정비나 청소작업을 하는 동안 발생한 손해

④ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차를 말합니다.

⑤ 제1항에서 기타 교통수단이라 함은 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

1. 기차, 전동차, 기동차, 케이블카(공중케이블카를 포함합니다), 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
2. 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
3. 항공기, 선박(요트, 모터보트, 보트를 포함합니다)
4. 건설기계, 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안은 기타 교통수단으로 보지 않습니다)

⑥ 제1항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기

간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

1. 입 원

이 보험에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 장해분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 후유장해지급률로 하여 제5항을 적용합니다.

③ 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이

없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 질병의 진단확정일부터 1년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 고도후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자에게 그

신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 고도후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 고도후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해
2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 고도후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 고도후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨ 피보험자와 회사가 피보험자의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자와 회사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는「의료법 제3조(의료기관)」의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

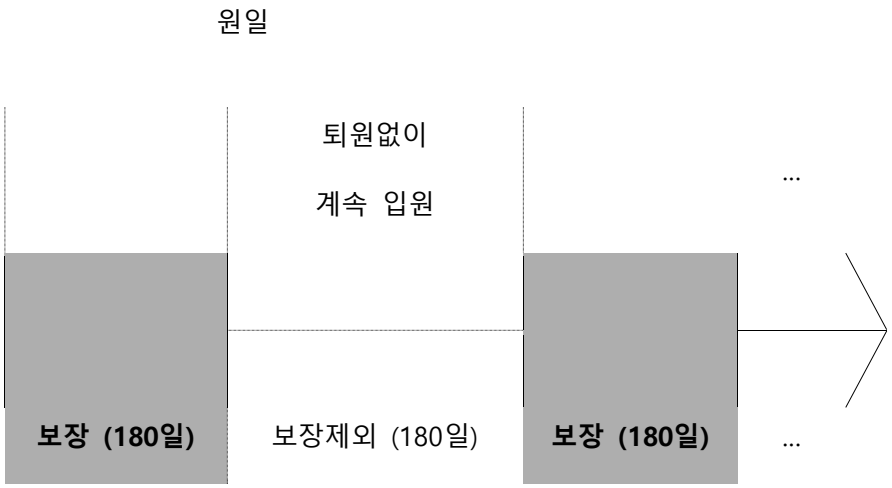
① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자(이하「피보험자」라 합니다)가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ( )일 이상 계속입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 치료를 받은 경우에는 ( )일째 입원일로부터 입원 1일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 질병입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제2항을 적용합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 질병입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

다만, 아래와 같이 질병입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 질병입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.

최초입원일	입원일당이 지급된 최종입	보장재개



④ 제1항의 경우 피보험자가 질병에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 피보험자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보

장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는질병을 말합니다.

4. 성병
5. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술비
2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

< 용어 풀이 >

1. 입 원

이 보험에서「입원」이라 함은 의사,치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여「의료법 제3조(의료기관)」제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

2. 의 사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

3. 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

아나필락시스 진단비(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 「아나필락시스(anaphylaxis)」(이하 「아나필락시스」라 합니다)로 진단 확정된 경우 연간 1회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자 (보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 「아나필락시스」는 제3조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)에서 정한 아나필락시스쇼크를 말합니다

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「아나필락시스」를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고

제 1 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

제3조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「아나필락시스」라 함은 【별표2(아나필락시스 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

②「아나필락시스」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제4조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 아나필락시스 진단비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

응급의료 아나필락시스 진단비(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 응급실에 내원하여 「아나필락시스(anaphylaxis)」 (이하 「아나필락시스」라 합니다)로 진단 확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자 (보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「아나필락시스」는 제 3 조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)에서 정한 아나필락시스쇼크를, 「응급실」은 제 4 조(응급실의 정의)에 해당되는 의료기관을 말합니다

③ 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

② 피보험자가 보험기간 중 사망하고, 그 후에 「아나필락시스」를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고

제 1 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

③ 피보험자가 응급실 내원하던 도중 사망하는 경우에도「아나필락시스」를 직접적인 원인으로 사망한 것이 확인된 경우에는 응급실에 내원하여 진단받은 것으로 보아 제 2 항을 적용합니다.

제3조(아나필락시스의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「아나필락시스」라 함은【별표 2(아나필락시스 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

②「아나필락시스」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다.

제4조(응급실의 정의)

① 이 특별약관에서「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 5 호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제 35 조의 2 (응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

② 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 의료기관의 「응급실」해당여부는 내원 당시 기준으로 판단합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금의 지급사유에서 정한 해당 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 「응급실」이 아닌 곳에서 진료를 받은 경우 회사는 보험금을 지급하지 않습니다.

제6조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 응급의료 아나필락시스 진단비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제7조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표3】(골절분류표)에 정한 골절(이하「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(치아파절제외) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표3】(골절분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표3】(골절분류표)에 정한 골절(이하 「골절」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 골절수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는

동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술

- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)

- 추간판 관련 경막외 신경차단술

- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(2 도이상) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표4(화상 분류표)】에서 정한 화상으로 진단 확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 보험가입금액 전액을 화상진단금으로 지급하여 드립니다.

② 위 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(화상의 정의)

이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 【별표 4】에서 정하는 "화상분류표"에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 2 도 이상(표재성, 심재성을 포함합니다)에 해당하는 화상을 말합니다.

제4조(보험금등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 의사의 진단서를 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(3 도이상) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표4(화상 분류표)】에서 정한 화상으로 진단 확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 보험가입금액 전액을 화상진단금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(화상의 정의)

이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 【별표 4】에서 정하는 "화상분류표"에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 3 도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제4조(보험금등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 의사의 진단서를 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(심재성 2 도이상) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표4(화상분류표)】에서 정한 화상으로 진단 확정된 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 보험증권에 기재된 보험가입금액 전액을 화상진단금으로 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 연유한 병상

제3조 (화상의 정의)

이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 【별표 4】에서 정하는 "화상분류표"에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2 도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제4조 (보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 의사의 진단서를 제출하여야 합니다.

제5조 (준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표4(화상분류표)】에서 정하는 화상을 입고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에는 수술 1회당 보험증권에 기재된 보험가입금액 전액을 화상수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 화상 수술을 받을 경우에는 한 종류의 화상수술비만을 지급하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항 및 제2항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의

거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제 1 항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(화상의 정의)

이 특별약관 계약에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여 【별표4】에서 정하는 "화상분류표"에 따릅니다.

제5조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 의사의 진단서를 제출하여야 합니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

벌금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차 사고(이하 「운전중 사고」라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하는 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 1 사고당 2,000 만원을 한도로 보상하여 드립니다. 단, 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제 5 조의 13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따른 벌금형이 확정된 경우 1 사고당 벌금액을 3,000 만원 한도로 보험수익자에게 지급합니다.

<용어풀이>

자동차를 운전하던 중: 도로 여부, 주정차 여부, 엔진의 시동 여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

< 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제 5 조의 13
(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)>

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」제 12 조 제 3 항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제 1 항에 따른 조치를 준수하고

어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13 세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」제 3 조 제 1 항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

① 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3 년 이상의 징역에 처한다.

② 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1 년 이상 15 년 이하의 징역 또는 500 만원 이상 3 천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(이하 「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

③ 제1항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해를 보상하여 드리지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항에 정한 사항

2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 무면허, 음주상태 또는 동법 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자동차사고 변호사선임비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하 『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(기하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를 『1사고』마다 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

② 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제1항의 『자동차』라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘

크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(이하『9종 건설기계』라 합니다)를 말합니다. 다만 9종 건설기계가 작업기계로서만 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

④ 제1항의『자동차를 운전하던 중』이라 함은 도로여부, 주정차 여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

⑤ 제1항의『1사고』라 함은 하나의 자동차 운전 중 교통사고를 말하며,『1사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험금을 받는 자, 보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

⑥ 제1항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보장책임액의 합계액이 각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$(\text{각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

※ 보장책임액: (보장대상 변호사선임비용 – 피보험자부담 공제금액)과 보상한도 중 작은금액

<예시안내>

[다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담]

피보험자의 실제 변호사선임비용 400만원일 경우 :

· 계약1 : 보상한도 500만원, 공제금액 0만원

- 피보험자부담 공제금액: 0만원

- 보장책임액: 400만원(보상한도 500만원 이내 지급)

· 계약2 : 보상한도 100만원, 공제금액 0만원

- 피보험자부담 공제금액: 0만원

- 보장책임액: 100만원(보상한도 100만원 이내 지급)

이 경우, 피보험자는 계약1에서 320만원을 보상받고, 계약2에서 80만원을 보상받습니다.

$$\text{- 계약1} = (400\text{만원} - 0\text{만원}) \times \frac{\text{계약1(400만원)}}{\text{계약1(400만원)+계약2(100만원)}}$$

$$\text{- 계약2} = (400\text{만원} - 0\text{만원}) \times \frac{\text{계약2(100만원)}}{\text{계약1(400만원)+계약2(100만원)}}$$

⑦ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제6항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급하여 드립니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는질병을 말합니다.

⑤ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

⑥ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

⑦ 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

⑧ 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 무면허, 음주상태 또는 동법 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

⑨ 피보험자(자가용 운전자를 대상으로 합니다)가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)

② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)

③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

심급별 자동차사고 변호사선임비용(경찰조사포함, 자기부담금 50%) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 자동차를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자동차사고(이하『자동차 운전 중 교통사고』라 합니다)로 타인을 사망에 이르게 하거나 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 자동차사고 부상 등급표([별표42] 자동차사고 부상등급표 참조)에서 정한 상해등급에 해당하는 상해를 입힘으로써 아래의 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 변호사선임비용으로 실제로 부담한 금액(이하「변호사선임비용」이라 합니다)을 1사고마다 진행된 "소송의 심급별"로 이 특별약관에 따라 보상합니다.

1. 피보험자가 구속영장에 의하여 구속된 경우
2. 피보험자가 검사에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우
3. 피보험자가 검사에 의해 약식기소 되었으나 형사소송법 제 450 조에 의거 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행되게 된 경우 또는 동법 제 453 조에 의해 정식재판이 청구되는 경우
4. 피보험자가 경찰 조사 후 불송치 된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)

5. 피보험자가 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소 처분이 있는 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우에 한합니다)
6. 피보험자가 타인의 신체에 자동차사고 부상 등급표에서 정한 상해등급 1 급~ 3 급에 해당하는 상해를 입히고 경찰 조사 후 불송치 된 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우는 제외합니다)
7. 피보험자가 타인의 신체에 자동차사고 부상 등급표에서 정한 상해등급 1 급~ 3 급에 해당하는 상해를 입히고 검찰에 의해 약식기소 또는 불기소 처분이 있는 경우(단, 타인을 사망하게 한 경우 또는 "중대법규위반 교통사고"로 타인의 신체에 상해를 입힌 경우는 제외합니다)

<용어풀이>

자동차를 운전하던 중: 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제1항의 변호사선임비용은 1사고마다 진행된 "소송의 심급별"로 아래의 심급별 보상한도 이내에서 지급하며 변호사 선임비용의 50%를 지급보험금에서 공제합니다. 이 때, 변호사 선임비용의 50%를 먼저 공제한 후 보상한도 이내에서 지급합니다.

<예시안내>

소송의 심급별 변호사선임비용을 부담하는 계약의 경우

가입금액 1,500 만원 기준

1 심, 2 심 및 3 심 소송의 심급별 변호사 선임비용 상이한 경우

구분	보상한도	변호사선임비용	지급보험금
1 심(경찰조사포함)	5 백만원	8 백만원	4 백만원
항소심(2 심)	5 백만원	4 백만원	2 백만원
상고심(3 심)	5 백만원	2 천만원	5 백만원

1. 타인을 사망하게 하여 제 1 항 제 4 호 내지 제 5 호에 해당하는 경우 :

구분	보험가입금액	보상한도
1 심(경찰조사포함)	1,500 만원 기준	5 백만원

2. 타인을 사망하게 하거나 타인의 신체에 상해를 입혀 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호 내지 제 3 호에 해당하는 경우(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다) :

구분	보험가입금액	보상한도
1 심(경찰조사포함)	1,500 만원 기준	5 백만원
항소심(2 심)		5 백만원
상고심(3 심)		5 백만원

3. 중대법규위반 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 4 호 내지 제 5 호(제 1 항 제 1 호 내지 제 3 호에 해당하는 경우는 제외합니다)에 해당하는 경우(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다) :

구분	보험가입금액	부상등급	보상한도
1 심(경찰조사포함)	1,500 만원 기준	1~7 급	5 백만원
		8~11 급	4 백만원

		12~14 급	2 백만원

4. 타인의 신체에 상해를 입혀 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 6 호 내지 제 7 호(제 1 항 제 1 호 내지 제 5 호에 해당하는 경우는 제외합니다)에 해당하는 경우(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다) :

구분	보험가입금액	보상한도
1 심(경찰조사포함)	1,500 만원 기준	5 백만원

5. 보험금 지급 당시에는 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 4 호 내지 제 7 호에 해당하는 경우(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다)였으나 보험금 지급 후에 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항 제 1 호 내지 제 3 호에 해당하는 상황이 발생한 경우에는 심급별 보상한도 내에서 이미 지급한 심급별 보험금을 차감한 금액을 한도로 합니다.

<유의사항>

변호사 선임계약 관련 형사사건에 관한 성공보수 약정은 선량한 풍속 기타 사회질서에 위반되어 무효이며, 이에 해당하는 금액은 보상되지 않습니다.

(대법원 2015.7.23 선고 2015 다 200111)

③ 제1항 내지 제2항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 불송치 결정서, 불기소 이유고지서 또는 피의자 처분결과 통지서 등을 통해 죄목 또는 사고내용이 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서에 해당하면서 타인의 신체에 상해를 입혀 그 직접적인 결과로서 자동차사고 부상 등급표에서 정한 상해등급을 받은 경우를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제3조 제2항 단서 중 7, 8은 중대법규위반 교

통사고로 보지 않습니다.

④ 제1항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

⑤ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에서 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

⑥ 제5항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑦ 제1항의 1사고라 함은 하나의 자동차 운전중 교통사고를 말하며, "소송의 심급별"이라 함은 1심 소송(경찰조사포함), 그 1심 소송에 대한 항소심(2심), 그 항소심(2심)에 대한 상고심(3심) 각각을 말합니다. 1사고로 항소심, 상고심을 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 실제로 부담한 변호사선임비용을 각 심급별로 합하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 심급별 보상한도 내에서 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 이 특별약관에서 보상하는 소송은 형사소송법상 소송에 한합니다.

⑧ 제2항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보장책임액의 합계액이 각 계약의 보장대상 변호사

선임비용 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과했을 때에는 회사는 아래에 따라 보상합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$(\text{각 계약의 보장대상 변호사선임비용 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$$

※ 보장책임액: (보장대상 변호사선임비용 – 피보험자부담 공제금액)과 보상한도 중 작은금액

<예시안내>

[다른 계약이 체결되어 있는 경우 보험금의 분담]

피보험자의 실제 변호사선임비용 1,200만원일 경우 :

· 계약1 : 보상한도 500, 공제금액 변호사비용의 50%

- 피보험자부담 공제금액: 600만원(변호사선임비용의 50%)
- 보장책임액: 500만원(보상한도 500 이내 지급)

· 계약2 : 보상한도 300, 공제금액 변호사비용의 60%

- 피보험자부담 공제금액: 720만원(변호사선임비용의 60%)
- 보장책임액: 300만원(보상한도 300 이내 지급)

이 경우, 피보험자는 계약1에서 375만원을 보상받고, 계약2에서 225만원을 보상받습니다.

- 계약1 = (1,200만원 - 600만원) × $\frac{\text{계약1(500만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}}$
- 계약2 = (1,200만원 - 600만원) × $\frac{\text{계약2(300만원)}}{\text{계약1(500만원)+계약2(300만원)}}$

<용어풀이>

공제계약: 유사보험으로서 공제 사업을 실시하는 경영주체와 공제 계약자 사이에 체결되는 계약을 말합니다. 우체국, 신협, 새마을금고 등이 공제계약을 취급합니다.

⑨ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제8항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

⑩ 자동차를 운전하던 중이란 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말 합니다.

⑪ 제7항의 심급별 보상한도 적용에 있어서 1심(경찰조사포함), 항소심(2심) 또는 상고심(3심) 구분이 명확하지 않은 경우에는 앞서 진행된 가장 높은 심급의 보상한도를 적용합니다. 단, 이 때 해당 심급에서 이미 지급한 심급별 보험금을 차감한 금액을 한도로 합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>
습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는질병

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
6. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
7. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
8. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 무면허, 음주상태 또는 동법 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 소장, 판결문, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 또는 현금영수증(신용카드 전표, 이체확인증 등), 불송치 결정서, 불기소 이유고지서 또는 피의자처분결과 통지서, 변호사 선임범위(1심, 항소심(2심), 상고심(3심))를 알 수

있는 사건위임계약서, 변호인 선임신고서 등

3. 사고증명서

가. 자동차보험에서 보상받은 경우 해당 자동차보험의 보상처리확인서 (피해자의 상해등급 기재)

나. 자동차보험에서 보상받지 못한 경우 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원과 피해자의 상해등급을 판단할 수 있는 서류(진단서 등)

4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고처리지원금(자가용, 동승자 포함) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자(자가용운전자를 대상으로 합니다. 이하 같습니다)가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 「보험기간」이라 합니다) 중에 자동차(자동차관리법 시행규칙 제2조에서 정한 자동차 중 이륜자동차를 제외합니다)를 운전하던 중 급격하고도 우연히 발생한 자동차사고(이하 「자동차 운전중 교통사고」라 합니다)로 타인(피보험자의 부모, 배우자 및 자녀는 제외합니다. 이하 「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 1에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하 「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우
2. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42 일(피해자 1 인을 기준으로 합니다) 이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우. 다만, 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제 5 조의 13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 해당되는 사고에 한하여 피해자가 42 일 미만 치료를 요한다는 진단을 받은 경우도 포함합니다.

<특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제 5 조의 13 (어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)>

자동차(원동기장치자전거를 포함한다)의 운전자가 「도로교통법」제 12 조 제 3 항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제 1 항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이(13 세 미만인 사람을 말한다. 이하 같다)에게 「교통사고처리 특례법」제 3 조 제 1 항의 죄를 범한 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

① 어린이를 사망에 이르게 한 경우에는 무기 또는 3 년 이상의 징역에 처한다.

② 어린이를 상해에 이르게 한 경우에는 1 년 이상 15 년 이하의 징역 또는 500 만원 이상 3 천만원 이하의 벌금에 처한다.

3. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

<용어풀이>

중상해: 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

자동차를 운전하던 중: 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 자동차 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

② 제 1 항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제 1 항 및 제 2 항에서 지급하는 보험금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우 : 3,000 만원
2. 제 1 항 제 2 호의 경우

42 일 미만 진단시 (<특정범죄 가중처벌 법률 제 5 조의 13>에 해당되는 사고에 한함)	42 일~69 일 진단시	70 일~139 일 진단시	140 일이상 진단시
500 만원	1,000 만원	2,000 만원	3,000 만원

3. 제 1 항 제 3 호의 경우 : 3,000 만원

④ 제 1 항에서 중대법규위반 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서(【별표 5】참조)에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 일반교통사고라 함은 자동차 운전중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단,

교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑥ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 3 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑦ 제 1 항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑧ 제 2 항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자동차 교통사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑨ 제1항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비(이하 「9종 건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 9종 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자 또는 계약자의 고의
2. 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때
3. 피보험자가 도로교통법 제43조, 제44조에 의한 무면허, 음주상태 또는 동법 제45조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
4. 피보험자가 자동차를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금의 비례분담)

① 제1조(보상하는 손해) 제1항 및 제2항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(우체국 보험, 각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제2항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거상해 사망후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 대한민국 내에서 아래에 정한 사고(이하 "자전거사고"라 합니다)로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금

   가. 자전거에 탑승하고 있는 피보험자에게 발생한 사고

   나. 자전거에 탑승하고 있지 않은 피보험자가 운행중의 자전거와 충돌. 접촉(적재물을 포함합니다)에 의해 발생한 사고

2. 보험기간 중 대한민국 내에서 자전거사고로 인한 상해로 장해분류표([별표 1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

<용어풀이>

자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2 륜 이상의 차(도로교통법 제 2 조(정의) 제 18 호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3 륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말함

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에

해당하는질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 제 1 조(보험금의 지급사유)에 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 않습니다.

1. 산악자전거(MTB) 활동
2. 자전거에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다)

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

①보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (사망진단서, 장해진단서, 교통사고사실확인원 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌 자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서
5. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 「의료법 제 3 조(의료기관)」에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 벌금 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 확정판결에 의하여 피보험자가 부담하는 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함합니다)을 피보험자)에게 1 사고당 2,000 만원을 한도로 보상하여 드립니다.

② 제 1 항의 벌금에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2 륜 이상의 차(도로교통법 제 2 조(정의) 제 18 호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3 륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말함

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때
5. 피보험자가 사고를 일으키고 도주한 때
6. 피보험자가 도로교통법 제 44 조에 의한 음주상태 또는 동법 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 영업을 목적으로 자전거를 운전하던 중 발생한 사고

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 변호사선임비용 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

①회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중에 급격하고도 우연한 자전거사고로 타인의 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다. 이하 같습니다)에 상해를 입힘으로써 구속영장에 의하여 구속되었거나, 검찰에 의해 공소제기(기하 "기소"라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다.)된 경우 또는 검사에 의해 약식기소 되었으나 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 의해 재판이 진행하게 된 경우에는 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해(이하 "변호사선임비용"이라 합니다.)를『1 사고』마다 보험가입금액을 한도로 피보험자)에게 지급하여 드립니다. 다만, 검사에 의해 약식기소 되었으나 피보험자가 법원의 약식명령에 불복하여 정식재판을 청구한 경우에는 보상하여 드리지 않습니다.

<용어풀이>

자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2 륜 이상의 차(도로교통법 제 2 조(정의) 제 18 호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3 륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말함

② 제 1 항의 약식기소라 함은 검사가 지방법원의 관할사건에 대하여 보통의 심판절차인 공판절차를 거치지 않고 피고인에게 벌금, 구류 또는 몰수의 형을 과하는 것이 타당하다고 판단하여 약식명령 공소장에 의하여 기소하는 것을 말합니다.

③ 제 1 항의 『1 사고』 라 함은 하나의 자전거 운전 중 사고를 말하며, 『1 사고』로 항소심, 상고심 포함하여 다수의 소송을 하였을 경우 그 소송동안 피보험자가 부담한 전체 변호사선임비용을 합쳐서 보험가입금액을 한도로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

④ 제 1 항에서 정한 변호사선임비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

① 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

② 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자의 고의

④ 피보험자가 사고를 내고 도주하였을 때

⑤ 피보험자가 도로교통법 제 44 조에 의한 음주상태 또는 동법 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

⑥ 피보험자가 영업을 목적으로 자전거를 운전하던 중 발생한 사고

⑦ 피보험자가 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사고를 일으킨 때

제3조(보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

① 보험금 청구서(회사양식)

② 사고증명서(소장, 선임한 변호사가 발행한 세금계산서)

③ 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

④ 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 교통사고처리지원금(사망, 동승자 제외) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 인하여 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자전거의 탑승자는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 1 에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

1. 피해자를 사망하게 한 경우

<용어풀이>

자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2 륜 이상의 차(도로교통법 제 2 조(정의) 제 18 호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3 륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말함

② 제 1 항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우

2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제 1 항 및 제 2 항에서 지급하는 보험금은 피해자 1 인당 3 천만원을 한도로 합니다.

④ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 3 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 제 1 항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자전거사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시 되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑥ 제 2 항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자전거사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)

3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사 고를 일으킨 때
5. 피보험자가 사고를 일으키고 도주한 때
6. 피보험자가 도로교통법 제 44 조에 의한 음주상태 또는 동법 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 영업을 목적으로 자전거를 운전하던 중 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 항 및 제 2 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(우체국 보험, 각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 교통사고처리지원금(중대법규위반(6 주이상), 동승자 제외)

특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 인하여 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자전거의 탑승자는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 1 에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

1. 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42 일(피해자 1 인을 기준으로 합니다)이상 치료를 요한다는 진단을 받은 경우

<용어풀이>

자전거라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2 륜 이상의 차(도로교통법 제 2 조(정의) 제 18 호에서 정한 원동기장치 자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3 륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품(적재물 포함)을 말함

② 제 1 항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우

2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제 1 항 및 제 2 항에서 지급하는 보험금은 피해자 1 인당 아래의 금액을 한도로 합니다.

42 일~69 일 진단시	70 일~139 일 진단시	140 일이상 진단시
1 천만원	2 천만원	3 천만원

④ 제 1 항 제 1 호의 중대법규위반 교통사고라 함은 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서에 해당되는 사고를 말합니다. 단, 단서 중 7, 8 은 중대법규위반 교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 3 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 제 1 항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자전거사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시 되어 있어야 합니다)
3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑦ 제 2 항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자전거사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자의 고의
4. 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사 고를 일으킨 때
5. 피보험자가 사고를 일으키고 도주한 때

6. 피보험자가 도로교통법 제 44 조에 의한 음주상태 또는 동법 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때
7. 피보험자가 영업을 목적으로 자전거를 운전하던 중 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 항 및 제 2 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(우체국 보험, 각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

자전거사고 교통사고처리지원금(중상해, 동승자 제외) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 사고로 인하여 타인(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 및 피보험자가 운전하던 자전거의 탑승자는 제외합니다. 이하「피해자」라 합니다)에게 다음 각 호의 1 에 해당하는 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 매 사고마다 피해자 각각에 대하여 피보험자가 형사합의금으로 실제로 지급한 금액(이하「형사합의금」이라 합니다)을 교통사고처리지원금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

1. 일반교통사고로 피해자에게 중상해를 입혀 형법 제 258 조 제 1 항 또는 제 2 항, 형법 제 268 조, 교통사고처리특례법 제 3 조에 따라 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다)되거나, 자동차손해배상보장법 시행령 제 3 조에서 정한 상해급수 1 급, 2 급 또는 3 급에 해당하는 부상을 입힌 경우

<용어풀이>

「중상해」라 함은 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 경우 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 경우를 말합니다.

「자전거」라 함은 핸들 또는 페달을 이용하여 인력에 의하여 운전하는 2 륜 이상의 차 (도로교통법 제 2 조(정의) 제 18 호에서 정한 원동기장치 자전거,

레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3 륜 이상의 차를 제외) 및 그 부속품 (적재물 포함)을 말함

② 제 1 항에도 불구하고, 다음 각 호 모두에 해당하는 경우, 회사는 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 수 있습니다.

1. 피보험자와 피해자간 형사합의금액을 확정하고, 피해자가 형사합의금액을 별도로 장래에 지급받는 조건으로 형사합의를 한 경우
2. 보험회사가 피해자에게 형사합의금을 직접 지급하는 경우 피보험자가 이 특별약관에 따라 피해자에게 직접 지급되는 보험금(형사합의금)에 상응하는 청구권을 포기한 경우

③ 제 1 항 및 제 2 항에서 지급하는 보험금은 피해자 1 인당 3 천만원을 한도로 합니다.

④ 제 1 항 제 1 호의 일반교통사고라 함은 자전거 운전중 교통사고 중에서 중대법규위반 교통사고에 해당되지 않는 사고를 말합니다. 단, 교통사고처리특례법 제 3 조 제 2 항 단서 중 7, 8 은 일반교통사고로 보지 않습니다.

⑤ 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 제 3 항의 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 제 1 항에 따라 교통사고처리지원금을 청구하고자 하는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원
2. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자전거사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시 되어 있어야 합니다)

3. 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 법원 혹은 검찰청에 제출된 공탁서 및 피해자의 공탁금 출급 확인서
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

⑦ 제 2 항에 따라 보험회사가 형사합의금을 피해자에게 직접 지급할 경우, 피보험자는 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 경찰서 혹은 검찰청에 제출된 자전거사고 형사합의서(단, 합의금액이 명시되어 있어야 하며, 합의금액을 장래에 지급한다는 내용이 포함되어 있어야 함)
2. 보험금(형사합의금) 수령에 관한 위임장 및 확인서(보험회사 양식)
3. 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 또는 검찰에 의해 기소된 경우 검찰청에서 발행한 공소장
4. 진단서, 소견서 등 피해자의 상해등급을 확인할 수 있는 서류
5. 기타 보험회사가 필요하다고 인정하는 서류

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자의 고의

4. 자전거를 경기용이나 경기를 위한 연습용 또는 시험용으로 운전하던 중 사 고를 일으킨 때

5. 피보험자가 사고를 일으키고 도주한 때

6. 피보험자가 도로교통법 제 44 조에 의한 음주상태 또는 동법 제 45 조에 의한 약물상태에서 운전하던 중 사고를 일으킨 때

7. 피보험자가 영업을 목적으로 자전거를 운전하던 중 발생한 사고

제3조(보험금의 비례분담)

① 제 1 조(보상하는 손해) 제 1 항 및 제 2 항의 형사합의금에 대하여 교통사고처리지원금을 지급할 다수 계약(우체국 보험, 각종 공제계약을 포함합니다)이 체결되어 있는 경우 형사합의금 및 각 계약의 보상책임액에 따라 제 2 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

② 다수 계약이 체결되어 있는 경우 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 형사합의금을 초과하는 때에는 회사는 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{형사합의금} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

차대자전거사고 자전거파손(자기과실손해) 수리비용 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하「보험기간」이라 합니다) 중에 자전거를 운전하던 중 급격하고도 우연한 자동차와의 충돌, 추돌, 접촉(이하「자동차와 사고」라 합니다)으로 자전거가 파손되어 상대방이 가입한 자동차보험의 대물배상(이하「상대방 차량 대물배상」이라 합니다) 보험금을 지급 받은 경우 1 사고마다 피보험자 과실로 인한 실제 수리비용을 이 특별약관의 보험가입금액 한도로 보상합니다.

② 제 1 항에서 자전거라 함은 자전거 이용 활성화에 관한 법률 제 2 조 제 1 호에 따른 자전거를 말합니다. 다만, 동률 제 1 호의 2 에 따른 전기자전거 및 도로교통법 제 2 조(정의) 제 17 호 가목의 3)에서 정한 원동기장치자전거, 레일에 의해 운전하는 차, 신체장애자용 휠체어 및 유아용 3 륜 이상의 차는 제외합니다.

③ 제 1 항에서 자동차라 함은 자동차관리법 시행규칙 제 2 조에 정한 승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차, 이륜자동차 및 자동차손해배상보장법 시행령 제 2 조에 정한 건설기계(덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기, 트럭지게차, 도로보수트럭, 노면측정장비)를 말합니다. 이 경우 관련 법규가 변경되어 새로운 항목이 추가되는 경우에는 그 항목도 포함하는 것으로 합니다.

④ 제 3 항의 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안은 자동차로 보지 않습니다.

⑤ 제 1 항에서 피보험자 과실로 인한 실제 수리비용이라 함은 상대방 차량 대물배상으로 자전거에 대해 과실 상계 후 지급된 보험금을 자동차 과실비율로

나눈 금액에 피보험자 과실비율을 곱한 금액을 말합니다. 다만, 실제 자전거수리업체에서 발행한 수리비 견적서 및 수리비 지불 영수증에 기재된 자전거에 해당하는 금액에서 상대방 차량 대물배상으로 보상 받은 금액을 차감한 금액을 초과하지 않습니다.

$$\text{피보험자 과실로 인한 실제 수리비용} = \frac{\text{지급된 보험금}}{\text{자동차 과실비율}} \times \text{피보험자 과실비율을 곱한 금액}$$

(상대방 차량 대물배상으로 자전거에 대해 과실 상계 후)

⑥ 제 5 항에서 자동차 과실비율이라 함은 상대방 차량 대물배상으로 보험금이 확정된 시점에 산정된 자동차 운전자의 과실비율을 말합니다.

⑦ 제 5 항에서 피보험자 과실비율이라 함은 100%에서 제 6 항의 자동차 과실비율을 차감한 비율을 말합니다.

< 용어 풀이 >

「자전거를 운전하던 중」이라 함은 피보험자가 자전거 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태에 있는 것을 말합니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

① 회사는 원인의 직접, 간접에 관계없이 아래에 해당하는 손해는 보상하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
2. 도난, 분실 또는 망실로 인한 손해
3. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의, 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 화재 및 연소 또는 그 밖의 손해
4. 핵연료물질 또는 방사능 오염과 관련된 손해
5. 태풍, 홍수, 지진, 분화, 낙뢰 등 천재지변으로 인한 손해
6. 제 1 조(보상하는 손해)에서 정한 피보험자 과실비율이 50%이상인 경우

② 회사는 자전거 주행과 직접적인 관련이 없는 아래의 자전거 용품에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

1. 헬멧, 보호대, 장갑, 고글 등 자전거 사용자가 착용하는 자전거 용품
2. 가방, 자물쇠, 라이트, 거치대, 물통걸이, 벨, 속도계, 거울 등 자전거에 부착하는 자전거 용품

제3조(보험금의 비례분담)

① 이 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(우체국보험, 각종 공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다.

② 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다

각 계약별 비례분담액	=	손해액	×	이 계약의 보상책임액 / 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액

제4조(보험금 등 청구시 구비서류)

피보험자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 피보험자 의사표시의 확인방법 포함)
3. 사고증명서(자동차보험회사(공제조합을 포함합니다)에서 발급한 사고사실 확인서(지급결의서) 등 객관적으로 보험금 지급에 필요한 내용(사고사실, 보상금액, 과실비율 등)을 입증할 수 있는 서류)
4. 손해액 증빙서류(자전거수리업체에서 발행한 수리비 견적서 및 수리비 지불 영수증)
5. 기타 회사가 요구하는 증거자료

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독 진단비(2 일이상 입원) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하「식중독」이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 2 일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 이 특약의 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 식중독진단비로 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

② 제 1 항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써【별표 6(식중독 분류표)】에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 식중독을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제 1 조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

②「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제 1 항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

음식매개세균성장염진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취를 직접적인 원인으로 하여 【별표7】「음식매개세균성장염 분류표」에서 정한 질병(이하「음식매개 세균성장염」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 직접적인 결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4일이상 입원하여 치료를 받은 경우에 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 음식매개세균성장염진단비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 「음식매개 세균성장염」이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써 【별표7】「음식매개세균성장염 분류표」에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

③ 제1항의 경우 피보험자가 동일한 「음식매개 세균성장염」의 치료를 직접목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제1항의 경우 피보험자가 「음식매개 세균성장염」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 음식매개세균성장염진단비를 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 음식매개세균성장염진단비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 「음식매개 세균성장염」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

습관성 유산, 불임 및 인공수정: 한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는질병을 말합니다.

3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절

개수술

2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술

4. 정상분만, 치과질환

제4조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여「음식매개 세균성장염」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 「의료법 제3조(의료기관)」 제2항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정감염병진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 【별표8(특정감염병 분류표)】에서 정한 특정감염병으로 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제11조(의사 등의 신고)」에 따라 신고되어 특정감염병환자로 진단 확정되었을 때에는 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 특정감염병진단비로 지급합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 보험기간 중에 사망하고, 그 후에 특정감염병을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단 확정일로 보고 제1조(보상하는 손해)에 해당하는 경우에 한하여 해당 보험금을 지급합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단 등 결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단 등 결정 및 그 이행은 제1항 '사망'의 원인에 영향을 미치지 않습니다.

제3조 (특정감염병의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 특정감염병이라 함은 【별표8(특정감염병 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.

② 특정감염병의 진단확정은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」에

서 정한 '감염병의 병원체를 확인할 수 있는 기관'에서 '감염병의 진단기준'에 따라 감염병환자로 확진된 경우를 말하며, 병원체보유자는 해당되지 않습니다. 그러나, 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 특정감염병으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

③ 향후 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」등 관계 법령에서 제외되는 감염병이 생기는 경우 해당 감염병은 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자의 진단에 따릅니다.

제4조 (준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

얼굴성형수술비 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가 보험기간중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 안면부에 외형상의 반흔이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일로부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 아래에 정한 금액을 얼굴성형수술비로 지급합니다.

구분	얼굴성형수술비
지급액	수술 1cm당 14만원

주) 길이측정이 불가한 식피술등의 경우 수술Cm는 최장직경으로 합니다.

② 제1항에서 정한 얼굴성형비는 하나의 사고에 대하여 500만원을 한도로 지급합니다. 다만, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급합니다.

<용어풀이>

안면부: 이마를 포함하여 목까지의 얼굴부분을 말합니다

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

익사사고 사망 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 이 특별약관에 따라 피보험자가 보험기간 중에 익사사고로 인한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 사망보험금으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

◎ 익사사고란 피보험자가 수영 중 또는 다이빙 중에 사망하거나 혼수상태에 빠지는 사고와 기타 태풍, 홍수, 선박침몰, 실족사고 등으로 강, 하천, 바다 등에 빠져 사망하거나 혼수상태에 빠지는 사고를 말합니다.

강력범죄보상 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 피보험자가, 보험기간동안의 일상생활중에 다음 각호에 정하는 강력범죄에 의하여 사망하거나 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다)에 피해가 발생하였을 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

1. 형법 제24장에서 정하는 살인죄
2. 형법 제25장에서 정하는 상해와 폭행의 죄
3. 형법 제32장에서 정하는 강간죄
4. 형법 제38장에서 정하는 강도죄
5. 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하 「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

② 제1항에도 불구하고 제1항에서 정한 1.의 살인, 2.의 상해와 폭행 및 5.의 폭력 등으로 피보험자의 신체에 피해가 발생한 경우에는 1개월을 초과하여 의사의 치료를 요하는 신체상해를 입은 경우에만 보상하여 드립니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자가 범죄행위를 하던 중 또는 폭처법 제4조의 범죄단체를 구성 또는 이에 가담함으로써 발생된 손해

2. 피보험자 및 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 배우자 및 직계존비속에 의한 손해
3. 전쟁, 폭등, 소요, 노동쟁의 또는 이와 유사한 사변중에 생긴 손해
4. 지진, 분화, 해일, 풍수해 또는 그 밖의 변재가 일어났을 때에 생긴 손해
5. 피보험자와 고용관계에 있는 고용주 내지 고용상의 관리책임이 있는 자에 의해 발생한 손해

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

폭력피해보상 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 이 특별약관에 따라 보험증권에 기재된 피보험자가 일상생활중 제3자에 의해 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체 보조장구를 제외합니다)에 상해를 입은 경우(이하「폭력피해」라 합니다)에는 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 이 경우에는 관할경찰서의 폭력사고확인서를 회사에 제출하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 아래와 같은 사유로 발생한 폭력피해에 대하여는 보험증권에 기재된 금액을 지급하여 드리지 않습니다.

1. 피보험자의 고의 또는 피보험자의 친족에 의한 사고
2. 피보험자가 폭력행위등처벌에 관한 법률 제4조의 적용을 받는 단체의 가입원으로서 그 단체의 활동 중에 발생된 사고

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

기후성질환(온열질환)진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기후성질환(온열질환)」으로 진단확정된 경우에는 월 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기후성질환(온열질환)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「기후성질환(온열질환)」은 제2조(기후성질환(온열질환)의 정의 및 진단확정)에서 정한 기후성질환(온열질환)을 말합니다.

③ 제1항의 기후성질환(온열질환)진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 월 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

④ 제1항 및 제3항에서 「월 1회」의 1개월은 보험개시일자를 기준으로 하여 매월 동일한 일자 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1개월 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

< 예시 안내 >
보험개시일자가 2024년 6월 15일인 경우에 2024년 6월 15일에서 2024년 7월 14일까지가 1개월이며, 이후 매월 15일부터 다음 달 14일까지를 1개월로 봅니다.

제2조(기후성질환(온열질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기후성질환(온열질환)」이라 함은 【별표9(기후성질환(온열질환) 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

② 「기후성질환(온열질환)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국

내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈압 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「기후성질환(온열질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

<용어풀이>

흥행: 영리를 목적으로 요금을 받고 퍼포먼스 등을 대중에 보여주는 행위를 말합니다.

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

기후성질환(한랭질환)진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

①회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기후성질환(한랭질환)」으로 진단확정된 경우에는 월 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 기후성질환(한랭질환)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「기후성질환(한랭질환)」은 제2조(기후성질환(한랭질환)의 정의 및 진단확정)에서 정한 기후성질환(한랭질환)을 말합니다.

③ 제1항의 기후성질환(한랭질환)진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 월 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

④ 제1항 및 제3항에서 「월 1회」의 1개월은 보험개시일자를 기준으로 하여 매월 동일한 일자 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1개월 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

< 예시 안내 >
보험개시일자가 2024년 6월 15일인 경우에 2024년 6월 15일에서 2024년 7월 14일까지가 1개월이며, 이후 매월 15일부터 다음 달 14일까지를 1개월로 봅니다.

제2조(기후성질환(한랭질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기후성질환(한랭질환)」이라 함은 【별표10(기후성질환(한랭질환) 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

② 「기후성질환(한랭질환)」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국

내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈압 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「기후성질환(한랭질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

<용어풀이>

흥행: 영리를 목적으로 요금을 받고 퍼포먼스 등을 대중에 보여주는 행위를 말합니다.

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

독액성동물접촉중독진단비 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」으로 진단확정된 경우에는 월 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 독액성동물접촉중독진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」은 제2조(독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독)의 정의 및 진단확정)에서 정한 독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독을 말합니다.

③ 제1항의 독액성동물접촉중독진단비는 「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」의 직접적인 원인, 중독의 종류 및 중독 부위와 상관없이 월 1회를 초과하여 지급하지 않습니다.

④ 제1항 및 제3항에서 「월 1회」의 1개월은 보험개시일자를 기준으로 하여 매월 동일한 일자 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1개월 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

< 예시 안내 >
보험개시일자가 2024년 6월 15일인 경우에 2024년 6월 15일에서 2024년 7월 14일까지가 1개월이며, 이후 매월 15일부터 다음 달 14일까지를 1개월로 봅니다.

제2조(독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」이라 함은 【별표

11(독액성동물접촉중독 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

② 「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)

<용어풀이>

흥행: 영리를 목적으로 요금을 받고 퍼포먼스 등을 대중에 보여주는 행위를 말합니다.

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

고압산소요법치료비(급여, 연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)를 입고 그 치료를 직접적인 목적(예방목적 제외)으로 「고압산소요법(급여)」을 받은 경우 연간 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 고압산소요법치료비(급여)로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제1항에서 「고압산소요법(급여)」은 제2조(고압산소요법(급여)의 정의 및 진단확정)에서 정한 고압산소요법(급여)을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(고압산소요법(급여)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「고압산소요법(급여)」이라 함은【별표12(고압산소요법(급여) 분류표)】에서 정한 수가코드에 해당하는 행위를 말합니다.

② 제1항의「고압산소요법(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는「건강보험

행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「고압산소요법(급여)」시행 당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는「고압산소요법(급여)」해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「고압산소요법(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보험계약일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

<용어풀이>

[습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증]

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서(건강보험심사평가원진료수가코드(EDI) 필수 기재), 진료기록부 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 고압산소요법치료비(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수도권 지하철 지연 손해 추가비용 특별약관

제1조(용어의 정의)

이 계약 및 특별약관에서 사용되는 용어의 정의는 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

가. 수도권지하철 노선: 수도권(서울특별시, 인천광역시 및 경기도) 내에서 운영중인 도시철도, 광역철도 노선을 말합니다. 대상 노선으로는 1 호선 내지 9 호선, 신분당선, 수인분당선, 경의중앙선, 경춘선, 경강선, 서해선, 공항철도, GTX-A, 인천 1 호선, 인천 2 호선, 에버라인, 김포골드라인, 의정부선, 우이신설선, 신림선을 말하며 이와 유사한 노선을 포함합니다.

나. 승차: 승차권을 개표한 경우를 의미하며, 지하철 역사의 자동개집표기를 통해 단말기에 교통카드를 접촉하여 역사 안으로 입장한 경우를 말합니다.

다. 하차: 승차와 반대로 자동개집표기를 통해 단말기에 교통카드를 접촉하여 역사 밖으로 나오는 경우를 말합니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 승차한 수도권지하철 노선 내 역사 혹은 탑승 중인 지하철(도시철도, 광역철도 등 수도권지하철 노선에서 운행되는 철도 대중교통을 말하며 이하 '지하철'이라 합니다)에서 지하철의 운행이 30 분 이상 지연되어 해당 지연된 노선 내 역사에서 하차하고, 대체교통수단을 이용하여 추가 교통비용이 발생한 경우에 월 1 회에 한하여 1 회당 3 만원을 한

도로 피보험자가 부담한 실제 비용을 보상하여 드립니다. 단, 지하철 운영기관의 여객운송약관 등에 따라 대체교통비를 지급받은 경우, 피보험자가 부담한 실제 비용에서 해당 비용은 제외하고 지급하여 드립니다.

② 제 1 항에서 「월 1 회」의 1 개월은 보험개시일자를 기준으로 하여 매월 동일한 일자 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1 개월 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

< 예시 안내 >
보험개시일자가 2024 년 6 월 15 일인 경우에 2024 년 6 월 15 일에서 2024 년 7 월 14 일까지가 1 개월이며, 이후 매월 15 일부터 다음 달 14 일까지를 1 개월로 봅니다.

③ 제 1 항에서 「대체교통수단」이라 함은 택시(Taxi) 및 버스(Bus)를 말하며, 지하철 역에서 하차한 이후 2 시간 이내에 결제된 교통수단에 한합니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 이외에 아래의 사유로 발생한 지급사유에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 법정대리인의 고의 또는 중대한 과실
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
3. 핵연료물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 인한 손

해

4. 위 제3호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
5. 국가 및 지방자치단체의 명령에 의한 지하철 운행 지연, 정지 및 이와 유사한 손해
6. 피보험자가 타인의 명의 또는 타인 소유의 교통카드, 일회용 교통카드 등을 사용함으로써 지하철 및 대체교통수단의 이용자가 피보험자 본인이었음이 객관적으로 확인되지 않는 손해

제4조(보험금의 청구)

피보험자가 보험금을 청구할 때에는 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)의 서류 외에 다음의 서류를 추가로 회사에 제출하여야 합니다.

1. 지하철 승하차 기록(교통카드 이용기록, 교통카드번호 등)
2. 지하철지연증명서 등 지하철의 지연 확인이 가능한 서류
3. 대체교통수단 교통비용 영수증 등 비용 발생 확인이 가능한 서류

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 2대 호흡계질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「특정 2 대 호흡계질환」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(특정 2대 호흡계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정 2 대 호흡계질환」이라 함은 [별표 13(특정 2 대호흡계질환 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

② 「특정 2 대 호흡계질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「특정 2 대 호흡계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 5대 호흡계질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정 5 대 호흡계질환」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(특정 5대 호흡계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 5 대 호흡계질환」이라 함은 [별표 14(특정 5 대호흡계질환 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

② 「특정 5 대 호흡계질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「특정 5 대 호흡계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 4대 소화계질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「특정 4 대 소화계질환」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(특정 4대 소화계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정 4 대 소화계질환」이라 함은 [별표 15(특정 4 대소화계질환 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

② 「특정 4 대 소화계질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, X-선검사 및 위장조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「특정 4 대 소화계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 6대 소화계질환 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「특정 6 대 소화계질환」으로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

제2조(특정 6대 소화계질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「특정 6 대 소화계질환」이라 함은 [별표 16(특정 6 대소화계질환 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

② 「특정 6 대 소화계질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, X-선검사 및 위장조영술 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「특정 6 대 소화계질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

수두 진단비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「수두」로 진단확정되었을 경우, 최초 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다

제2조(수두의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「수두」라 함은 [별표 17(수두 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

② 「수두」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출 검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「수두」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(손해보상후의 계약)

회사가 이 특별약관에 따라 특별약관 보험가입금액의 100%를 보상한 경우에는 그 100% 보상의 원인이 생긴 때로부터 해당피보험자의 이 특별약관 계약은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여름철 수족구 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「수족구」로 진단확정되었을 경우, 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 여름철 수족구 진단비(연간 1 회한)로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 6 월 1 일부터 8 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(수족구의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「수족구」라 함은 [별표 18(수족구 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

② 「수족구」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 뇌조직 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출 검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「수족구」의 조사나

확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제 1 조(보험금의 지급사유)의 여름철 수족구 진단비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여름철 식중독 진단비(2일이상 입원) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취로 인해 중독(이하「식중독」이라 합니다)이 발생하고 그 직접적인 결과로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 2 일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 이 특약의 보험가입금액을 여름철 식중독진단비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

② 제 1 항에서 식중독이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써【별표 6(식중독 분류표)】에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 동일한「식중독」의 치료를 직접목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제 1 항의 경우 피보험자가「식중독」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 규정에 따라 여름철 식중독진단비를 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 여름철 식중독진단비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 6 월 1 일부터 8 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「식중독」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여름철 음식매개세균성장염진단비(4 일이상 입원) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 음식물의 섭취를 직접적인 원인으로 하여 【별표 7(음식매개세균성장염 분류표)】에서 정한 질병(이하 「음식매개 세균성장염」이라 합니다)으로 진단확정되고, 그 직접적인 결과로써 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 4 일이상 입원하여 치료를 받은 경우에 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 여름철 음식매개세균성장염진단비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 「음식매개 세균성장염」이라 함은 음식물을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요증세로 하는 급성질환으로써 【별표 7(음식매개세균성장염 분류표)】에 해당하는 질병으로 분류되는 경우를 말합니다.

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 동일한 「음식매개 세균성장염」의 치료를 직접목적으로 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

④ 제 1 항의 경우 피보험자가 「음식매개 세균성장염」에 대한 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항의 규정에 따라 여름철 음식매개세균성장염진단비를 보상하여 드립니다.

⑤ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 여름철 음식매개세균성장염진단비의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑥ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 6 월 1 일부터 8 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「음식매개 세균성장염」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여름철 기후성질환(온열질환)진단비(월1회한) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기후성질환(온열질환)」으로 진단확정된 경우에는 월 1 회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 여름철 기후성질환(온열질환)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「기후성질환(온열질환)」은 제 2 조(기후성질환(온열질환)의 정의 및 진단확정)에서 정한 기후성질환(온열질환)을 말합니다.

③ 제 1 항의 기후성질환(온열질환)진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 월 1 회를 초과하여 지급하지 않습니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에서 「월 1 회」의 1 개월은 보험개시일자를 기준으로 하여 매월 동일한 일자 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1 개월 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

< 예시 안내 >
보험개시일자가 2024년 6월 15일인 경우에 2024년 6월 15일에서 2024년 7월 14일까지가 1개월이며, 이후 매월 15일부터 다음 달 14일까지를 1개월로 봅니다.

⑤ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 6 월 1 일부터 8 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(기후성질환(온열질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기후성질환(온열질환)」이라 함은 【별표 9(기후성질환(온열질환) 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

② 「기후성질환(온열질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈압 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「기후성질환(온열질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

겨울철 기후성질환(한랭질환)진단비(월1회한) 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 「기후성질환(한랭질환)」으로 진단확정된 경우에는 월 1 회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 겨울철 기후성질환(한랭질환)진단비로 보험수익자에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「기후성질환(한랭질환)」은 제 2 조(기후성질환(한랭질환)의 정의 및 진단확정)에서 정한 기후성질환(한랭질환)을 말합니다.

③ 제 1 항의 기후성질환(한랭질환)진단비는 치료의 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 월 1 회를 초과하여 지급하지 않습니다.

④ 제 1 항 및 제 3 항에서 「월 1 회」의 1 개월은 보험개시일자를 기준으로 하여 매월 동일한 일자 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1 개월 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

< 예시 안내 >
보험개시일자가 2024년 6월 15일인 경우에 2024년 6월 15일에서 2024년 7월 14일까지가 1개월이며, 이후 매월 15일부터 다음 달 14일까지를 1개월로 봅니다.

⑤ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 12 월 1 일부터 다음년도 2 월 28 일(다음년도가 윤년인 경우 2 월 29 일)까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(기후성질환(한랭질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「기후성질환(한랭질환)」이라 함은 【별표 10(기후성질환(한랭질환) 분류표)】에서 정한 상병을 말합니다.

② 「기후성질환(한랭질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈압 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「기후성질환(한랭질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

겨울철 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비(연간1회한) 특별약관

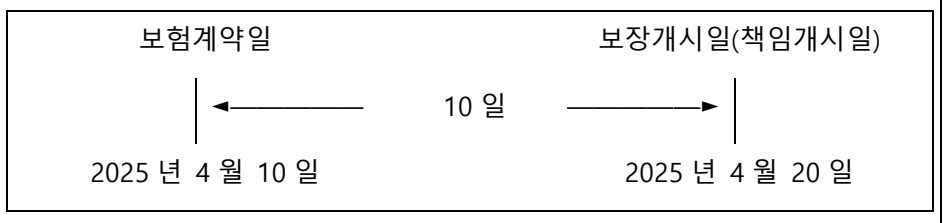
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 제 2 항에서 정한 보장개시일(책임개시일) 이후에 「독감(인플루엔자)」으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「독감 항바이러스제」를 처방받은 경우에는 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 겨울철 독감(인플루엔자)(10 일면책) 항바이러스제 치료비(연간 1 회한)로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 경우 「독감(인플루엔자)」에 대한 보장개시일(책임개시일)은 이 특별약관의 보험계약일(이하 「보험계약일」이라 합니다)부터 그 날을 포함하여 10 일이 지난 날의 다음날로 합니다. 이 경우 보험계약일은 이 특별약관의 제 1 회 보험료를 받은 날로 합니다.

<예시안내>

[「독감(인플루엔자)」에 대한 보장개시일(책임개시일) 계산]



③ 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

④ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 12 월 1 일부터 다음년도 2 월 28 일(다음년도가 윤년인 경우 2 월 29 일)까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(독감(인플루엔자) 및 독감 항바이러스제의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「독감(인플루엔자)」이라 함은 [별표 19(독감(인플루엔자) 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

② 「독감(인플루엔자)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 배양검사, 유전자 검출 검사, 혈청검사, 신속항원 검사(Rapid Antigen test) 또는 의사의 임상적 판단 등을 기초로 하여야 합니다. 또한, 회사가 「독감(인플루엔자)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 이 특별약관에서 「독감 항바이러스제」라 함은 「독감(인플루엔자)」의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 「효능·효과」항목에 독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.

<유의사항>

[독감 항바이러스제 해당 성분명 안내]

성분명은 '효능·효과'를 발현시키는 물질의 명칭을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다.

- 오셀타미비르(oseltamivir)
- 자나미비르(zanamivir)
- 페라미비르(peramivir)
- 발록사비르(baloxavir)

※ 상기 독감 항바이러스제 해당 성분명은 2020 년 7 월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소시 해당 내용이 변경될 수 있습니다.

<유의사항>

[식품의약품안전처 허가 내 「효능·효과」확인 방법]

식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(https://nedrug.mfds.go.kr) – 의약품 검색

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(「독감 항바이러스제」 처방여부 및 의약품명이 기재된 진단서 또는 의사소견서, 진료비계산서, 진료비세부내역서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증,

본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제 1 조(보험금의 지급사유)의 겨울철 독감(인플루엔자)(10 일면책) 항바이러스제 치료비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

봄철 특정감염성질환 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「봄철 특정감염성질환」으로 진단 확정된 경우에는, 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 봄철 특정감염성질환 진단비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 3 월 1 일부터 5 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(봄철 특정감염성질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「봄철 특정감염성질환」이라 함은 [별표 20(봄철 특정감염성질환 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

②「봄철 특정감염성질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 빈이두 흡입액 및 도찰물, 직장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자검출검사 등

을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「봄철 특정감염성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

<용어풀이>

[도찰물, 도말물]

도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다.

도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다.

도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 봄철 특정감염성질환 진단비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여름철 특정감염성질환 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「여름철 특정감염성질환」으로 진단 확정된 경우에는, 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 여름철 특정감염성질환 진단비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 6 월 1 일부터 8 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(여름철 특정감염성질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「여름철 특정감염성질환」이라 함은 [별표 21(여름철 특정감염성질환 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

②「여름철 특정감염성질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 빈이두 흡입액 및 도찰물, 직장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자검출검사 등

을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「여름철 특정감염성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

<용어풀이>

[도찰물, 도말물]

도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다.

도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다.

도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제 1 조(보험금의 지급사유)의 여름철 특정감염성질환 진단비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

가을철 특정감염성질환 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「가을철 특정감염성질환」으로 진단 확정된 경우에는, 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 가을철 특정감염성질환 진단비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 9 월 1 일부터 11 월 30 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(가을철 특정감염성질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「가을철 특정감염성질환」이라 함은 [별표 22(가을철 특정감염성질환 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

②「가을철 특정감염성질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 빈이두 흡입액 및 도찰물, 직장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자검출검사 등

을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「가을철 특정감염성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

<용어풀이>

[도찰물, 도말물]

도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다.

도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다.

도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 가을철 특정감염성질환 진단비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

겨울철 특정감염성질환 진단비(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「겨울철 특정감염성질환」으로 진단 확정된 경우에는, 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 보험가입금액을 겨울철 특정감염성질환 진단비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 질병의 진료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 12 월 1 일부터 다음년도 2 월 28 일(다음년도가 윤년인 경우 2 월 29 일)까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(겨울철 특정감염성질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「겨울철 특정감염성질환」이라 함은 [별표 23(겨울철 특정감염성질환 분류표)]에서 정한 상병을 말합니다.

② 「겨울철 특정감염성질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 대소변, 뇌척수액, 타액, 빈이두 흡입액 및 도찰물, 직

장도말물 등 검체에서 배양검사, 항원 및 항체 검출검사, 유전자검출검사 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한, 회사가 「겨울철 특정감염성질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 계약자 또는 피보험자에게 검사결과, 진료기록부의 사본 제출을 요청할 수 있습니다.

<용어풀이>

[도찰물, 도말물]

도찰물 또는 도말물이란 도찰, 도말의 방법으로 채취한 검체(상피세포, 분비물 등)를 말합니다.

도찰이란 검사용 도구(면봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 살짝 묻혀 채취하는 방법을 말합니다.

도말이란 검사용 도구(도말봉 등)를 이용하여 세균 등의 존재여부 확인이 필요한 대상을 묻히고 배지 위에 배양하는 방법을 말합니다.

제3조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 겨울철 특정감염성질환 진단비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

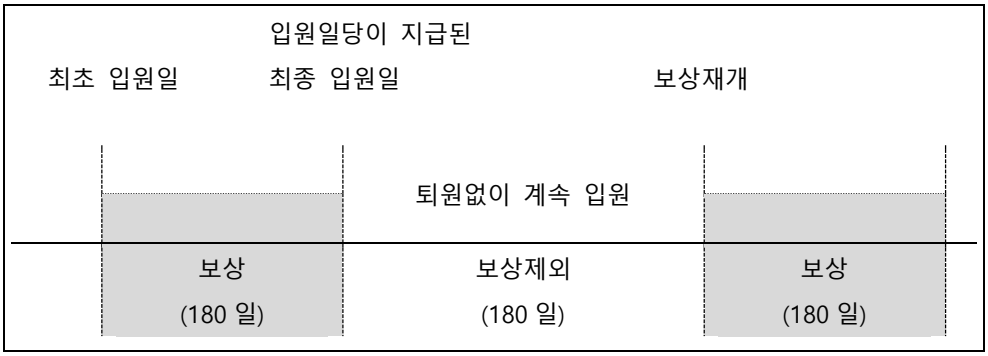
봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」으로 진단확정되고 「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1 일이상 계속 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다)하여 의사의 치료를 받은 때에는 입원 1 일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제 1 항의 봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 동일한 「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제 2 항을 적용합니다. 그러나, 동일한 「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」에 대한 입원이라도 봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제 1 항의 경우 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항에 따라 봄철 다빈도질환(호흡계질환) 입원비를 계속 보장합니다.

⑥ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 3 월 1 일부터 5 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(봄철 다빈도질환(호흡계질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표 24(봄철 다빈도질환 분류표)】에 정한 질병을 말합니다.

② 「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사,

초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원일당 특별약관

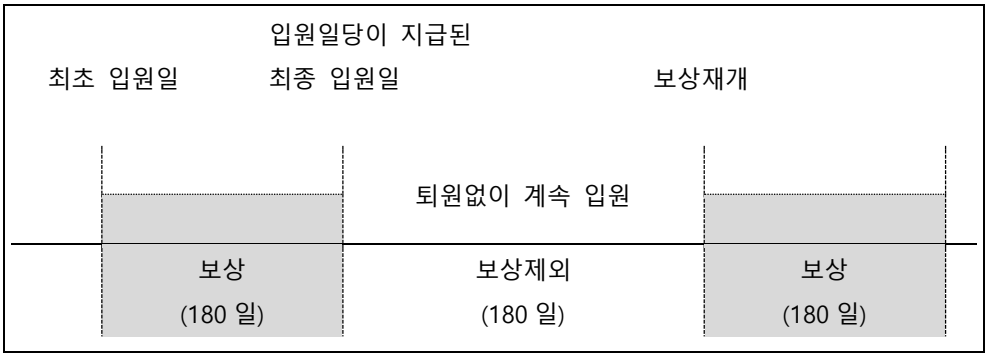
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」으로 진단확정되고「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1 일이상 계속 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다)하여 의사의 치료를 받은 때에는 입원 1 일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원일당으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제 1 항의 여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 동일한「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제 2 항을 적용합니다. 그러나, 동일한「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」에 대한 입원이라도 여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 여름철 다

빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제 1 항의 경우 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항에 따라 여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 입원비를 계속 보장합니다.

⑥ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 6 월 1 일부터 8 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표 25(여름철 다빈도질환 분류표)】에 정한 질병을 말합니다.

② 「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원일당 특별약관

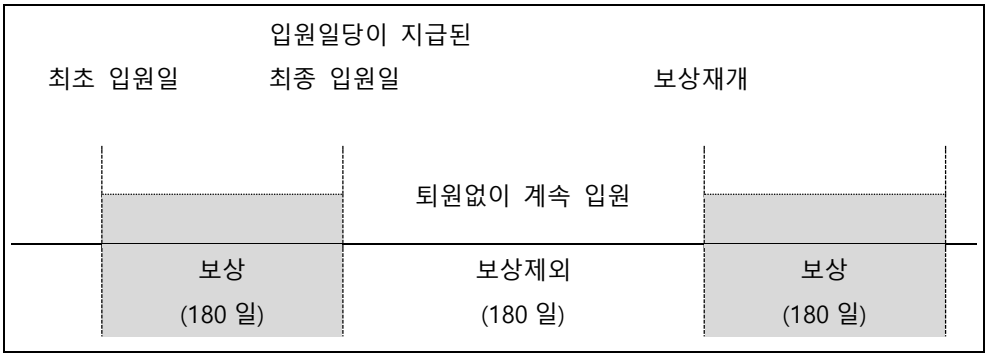
제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」으로 진단확정되고「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1 일이상 계속 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다)하여 의사의 치료를 받은 때에는 입원 1 일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원일당으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제 1 항의 가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 동일한「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제 2 항을 적용합니다. 그러나, 동일한「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」에 대한 입원이라도 가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원일당이 지급된 최종 입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인

경우에는 가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제 1 항의 경우 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항에 따라 가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 입원비를 계속 보장합니다.

⑥ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 9 월 1 일부터 11 월 30 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표 26(가을철 다빈도질환 분류표)】에 정한 질병(단, 구강, 침샘 및 턱의 질환(K00-K14) 및 결장의 폴립(K63.5)은 보상하여 드리지 않습니다)을 말합니다.

② 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사, X-선검사 및 위장조영술 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을

포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

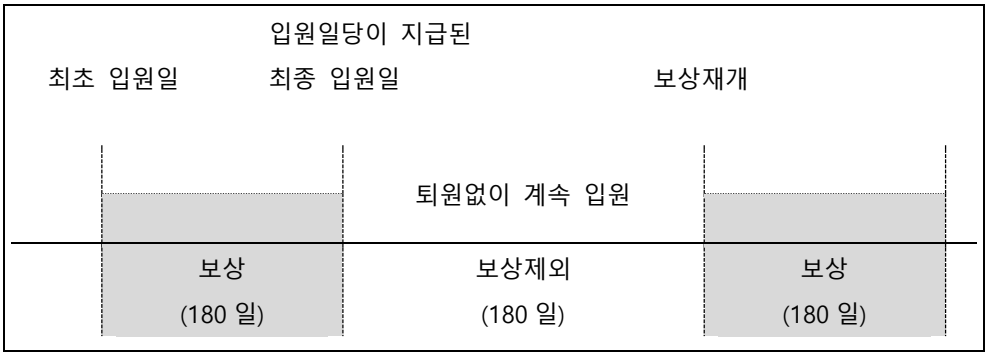
겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」으로 진단확정되고「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 1 일이상 계속 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다)하여 의사의 치료를 받은 때에는 입원 1 일당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제 1 항의 겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일이내의 입원을 한도로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 피보험자가 동일한「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제 2 항을 적용합니다. 그러나, 동일한「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」에 대한 입원이라도 겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



④ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑤ 제 1 항의 경우 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 항에 따라 겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 입원비를 계속 보장합니다.

⑥ 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 12 월 1 일부터 다음년도 2 월 28 일(다음년도가 윤년인 경우 2 월 29 일)까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(겨울철 다빈도질환(호흡계질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표 27(겨울철 다빈도질환 분류표)】에 정한 질병을 말합니다.

② 「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사

(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가 「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

봄철 다빈도질환(호흡계질환) 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」으로 진단확정되고「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 봄철 다빈도질환(호흡계질환) 수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 3 월 1 일부터 5 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(봄철 다빈도질환(호흡계질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표 24(봄철 다빈도질환 분류표)】에 정한 질병을 말합니다.

②「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한 회사가「봄철 다빈도질환(호흡계질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

< 용어 풀이 >

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」 예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」으로 진단확정되고「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환) 수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 6 월 1 일부터 8 월 31 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표 25(여름철 다빈도질환 분류표)】에 정한 질병을 말합니다.

② 「여름철 다빈도질환(피부 및 근골격계질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 임상적 특징 또는 혈액, 항체, 항원검사, 유발검사 및 피부시험 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가「여름철 다빈도질환(피

부 및 근골격계질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

< 용어 풀이 >

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는

것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」 예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」으로 진단확정되고 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환) 수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 9 월 1 일부터 11 월 30 일까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표 26(가을철 다빈도질환 분류표)】에 정한 질병(단, 구강, 침샘 및 턱의 질환(K00-K14) 및 결장의 폴립(K63.5)은 보상하여 드리지 않습니다)을 말합니다.

② 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사, X-선검사, 위

장조영술 등을 기초로 내려져야 합니다. 또한 회사가 「가을철 다빈도질환(호흡계 및 특정 소화계질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

< 용어 풀이 >

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」 예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」으로 진단확정되고「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 겨울철 다빈도질환(호흡계질환) 수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 이 특별약관의 보험기간은 계약체결일의 당해연도 12 월 1 일부터 다음년도 2 월 28 일(다음년도가 윤년인 경우 2 월 29 일)까지의 기간 중 보험증권에 기재된 보험기간을 말합니다.

제2조(겨울철 다빈도질환(호흡계질환)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서【별표 27(겨울철 다빈도질환 분류표)】에 정한 질병을 말합니다.

②「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 임상적 증상과 함께 전산화단층촬영(CT scan), 내시경검사, 초음파검사, 흉강 천자, 혈액검사, 객담검사 등을 기초로 하여야 합니다. 또한

회사가 「겨울철 다빈도질환(호흡계질환)」의 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

< 용어 풀이 >

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」 예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

깁스치료비(부목치료 제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 「깁스(Cast)치료」(이하 「깁스치료」라 합니다)를 받거나 보험기간 중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 질병으로 「깁스치료」를 받은 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 깁스치료비(부목치료 제외)는 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해 또는 질병으로 깁스치료를 2 회이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스치료를 받은 경우에는 1 회에 한하여 보상합니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 「깁스(Cast)치료」를 받더라도 보상하여 드립니다.

제2조(「깁스치료」의 정의)

① 이 특별약관에서 「깁스(Cast)치료」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 치료를 직접적인 목적으로 「깁스(Cast)치료」가 필요하다고 인정되는 경우로서 병원에서 의사의 관리하에 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 병변이 있는 뼈, 관절부위의 둘레 모두에

착용시켜(Circular Cast) 감은 다음 굳어지게 하여 치료효과를 가져오는 치료법을 말합니다. 단, 부목(Splint Cast)치료는 제외합니다.

② 제 1 항에서 "부목치료"라 함은 석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법을 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 응급실내원 진료비(응급) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해로 인한 「응급환자」에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 응급실 내원 1회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 「상해 응급실내원 진료비(응급)」로 보험수익자에게 지급합니다. 이 때 피보험자가 응급실 도착 전 사망하거나 외부에서 의료기관을 옮겨 상해로 인한 「응급환자」에 해당되어 응급실에 내원한 경우에도 보장합니다.

제2조(응급실의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 5 호에서 정하는 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고되고 그 신고가 수리된 응급의료시설을 말합니다.

② 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용하며, 의료기관의 「응급실」 해당여부는 내원 당시 기준으로 판단합니다.

제3조(응급환자의 정의)

① 이 특별약관에서 「응급환자」라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제 2 조(응급환자)에서 정하는 자로서 「응급

증상 및 이에 준하는 증상」(【별표 28(응급증상 및 이에 준하는 증상)】 참조) 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료 종사자(응급의료에 관한 법률 제 2 조 제 4 호 참조)가 판단하는 증상」이 있는 자(이하 「응급환자」라 합니다)를 말합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 응급실이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 「응급환자」에 해당하지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 중환자실 입원보상(1일이상) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)의 중환자실에 1 일이상 입원한 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다. 다만, 입원하지 않고 외래진료만 받은 경우는 제외합니다.

② 제 1 항의 중환자실이라 함은 의료법 시행규칙 별표 4 에서 정한 중환자실을 말합니다.

제2조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 「입원」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

< 용어 풀이 >

입원: 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의

료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

의사: 유면허 의료행위를 하는자를 말합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(머리·얼굴·목 부위)(치아파절제외) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 29(골절(머리·얼굴·목 부위) 분류표)】에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절(머리·얼굴·목 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(머리·얼굴·목 부위) 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정되더라도 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(가슴·등 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 30(골절(가슴·등 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(가슴·등 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(가슴·등 부위) 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정되더라도 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(어깨·팔 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 31(골절(어깨·팔 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(어깨·팔 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(어깨·팔 부위) 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정되더라도 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(허리·골반 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 32(골절(허리·골반 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(허리·골반 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(허리·골반 부위) 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정되더라도 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(손·손목 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 33(골절(손·손목 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(손·손목 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(손·손목 부위) 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정되더라도 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(발·발목·다리 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 34(골절(발·발목·다리 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(발·발목·다리 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항의 보험금은 1 사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(발·발목·다리 부위) 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

③ 회사는 피보험자가 보험기간 중 발생한 제 1 항 상해사고의 직접결과로 인해 보험기간 종료 이후 진단확정되더라도 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비(머리·얼굴·목 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표29(골절(머리·얼굴·목 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(머리·얼굴·목 부위)」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절(머리·얼굴·목 부위) 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비(가슴·등 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표30(골절(가슴·등 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(가슴·등 부위)」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절(가슴·등 부위) 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비(어깨·팔 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표31(골절(어깨·팔 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(어깨·팔 부위)」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절(어깨·팔 부위) 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비(허리·골반 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표32(골절(허리·골반 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(허리·골반 부위)」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절(허리·골반 부위) 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비(손·손목 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표33(골절(손·손목 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(손·손목 부위)」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절(손·손목 부위) 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절수술비(발·발목·다리 부위) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표34(골절(발·발목·다리 부위) 분류표)】에 정한 골절(이하 「골절(발·발목·다리 부위)」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절(발·발목·다리 부위) 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표35(상해 근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상 분류표)】에 정한 근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상(이하 「근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 4 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 근골격계(가슴·등 부위) 손상 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표36(상해 근골격계(가슴·등 부위) 손상 분류표)】에 정한 근골격계(가슴·등 부위) 손상(이하 「근골격계(가슴·등 부위) 손상」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 근골격계(가슴·등 부위) 손상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 4 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 근골격계(어깨·팔 부위) 손상 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표37(상해 근골격계(어깨·팔 부위) 손상 분류표)】에 정한 근골격계(어깨·팔 부위) 손상(이하 「근골격계(어깨·팔 부위) 손상」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 근골격계(어깨·팔 부위) 손상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 4 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 근골격계(허리·골반 부위) 손상 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표38(상해 근골격계(허리·골반 부위) 손상 분류표)】에 정한 근골격계(허리·골반 부위) 손상(이하 「근골격계(허리·골반 부위) 손상」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 근골격계(허리·골반 부위) 손상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 4 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 근골격계(손·손목 부위) 손상 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표39(상해 근골격계(손·손목 부위) 손상 분류표)】에 정한 근골격계(손·손목 부위) 손상(이하 「근골격계(손·손목 부위) 손상」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 근골격계(손·손목 부위) 손상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 4 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 근골격계(발·발목·다리 부위) 손상 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표40(상해 근골격계(발·발목·다리 부위) 손상 분류표)】에 정한 근골격계(발·발목·다리 부위) 손상(이하 「근골격계(발·발목·다리 부위) 손상」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 근골격계(발·발목·다리 부위) 손상 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는

것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제1항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

<용어풀이>

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치
3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<예시안내>

[기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술]

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제3조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)
2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제 4 조(보험금의 청구)

보험수익자는 보험금 청구시 보통약관 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류 외에도 수술부위를 확인할 수 있는 수술기록지 등의 서류를 추가로 제출하여야 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

창상봉합술 치료비(1일 1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 아래에 정한 「창상봉합술 치료」를 받거나 보험기간중 이 특별약관의 보장개시일 이후에 질병으로 「창상봉합술 치료」를 받은 경우 보험증권에 기재된 금액을 창상봉합술 치료비(1일 1회한)으로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

구 분	보험금의 지급사유	지급금액
창상봉합술 (3/5cm 미만, 급여)(A)	상해 및 질병으로 제3조(창상봉합술의 정의와 장소)에서 정한 「창상봉합술(3/5cm미만,급여)」을 받는 경우	특별약관 가입금액의 10%
창상봉합술(급여)(B)	상해 및 질병으로 제3조(창상봉합술의 정의와 장소)에서 정한 「창상봉합술(급여)」을 받는 경우	특별약관 가입금액

구 분	지급기준	
	안면 또는 경부	안면과 경부 이외
창상봉합술 (3/5cm 미만, 급여)(A)	표재성 3cm 미만	표재성 5cm미만
창상봉합술(급여)(B)	3cm이상 또는 근육에 달하는 것	5cm이상 또는 근육에 달하는 것

<용어설명>

[안면부]

안면부란 이마를 포함하여 경부(목)까지의 얼굴 부분을 말합니다.

② 제1항의 창상봉합술 치료비(1일 1회한)는 각 보장별로 1일 1회, 총 연간 3회에 한하여 지급합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 피보험자가 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 창상봉합술을 받은 경우, 진단서 및 진료비세부내역서 등을 통해 이 특별약관에서 정한 수가코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 제3조(창상봉합술의 정의와 장소)에서 정한 치료에 포함하여 보장합니다.

<예시안내>

자동차보험 또는 산재보험 등 「국민건강보험법」또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 인하여 창상봉합술 치료를 받은 경우에도 보장하는 수가코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 창상봉합술 치료비를 지급합니다.

② 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병

원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조 (창상봉합술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에서 「창상봉합술(3/5cm미만,급여)(A)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사 또는 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 하며, 한의사는 제외합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 [별표41-1(급여 창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드)]에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 이 특별약관에서 「창상봉합술(급여)(B)」이라 함은 병원 또는 의원의 의사에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 [별표41-2(급여 창상봉합술 대상 수가코드)]에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

③ 제1항 내지 제2항의 창상봉합술은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를

따릅니다.

④ 제3항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 창상봉합술 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

⑤ 제1항 내지 제2항의 창상봉합술은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조 (보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부, 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 창상봉합술 치료비를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

인공호흡기(12시간초과) 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다) 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)」를 받은 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② 제1항에서 「인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)」은 제3조(인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)의 정의)에서 정한 「인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담

합니다.

제3조(인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 【별표43】(인공호흡기(12시간초과) 치료(급여) 분류표)에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)」 해당 여부를 다

시 판단하지 않습니다.

④ 「인공호흡기(12시간초과) 치료(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 인공호흡기(12시간초과) 치료비(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부

터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

저체온요법 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다) 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「저체온요법 치료(급여)」를 받은 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② 제1항에서 「저체온요법 치료(급여)」은 제3조(저체온요법 치료(급여)의 정의)에서 정한 「저체온요법 치료(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(저체온요법 치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「저체온요법 치료(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 【별표44】(저체온요법 치료(급여) 분류표)에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「저체온요법 치료(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「저체온요법 치료(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「저체온요법 치료(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「저체온요법 치료(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니

다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 저체온요법 치료비(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절(치아파절제외) 부목치료비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표3】(골절 분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절」이라 합니다)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 부목치료(Splint Cast)를 받은 경우 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보험금은 매사고마다 지급합니다. 다만, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 골절 진단 후 부목치료(Splint Cast)를 2회이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 부목치료(Splint Cast)를 받은 경우에는 1회에 한하여 보상합니다.

제2조(부목치료(Splint Cast)의 정의)

① 이 특별약관에서 부목치료(Splint Cast)라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 【별표45】(부목치료 대상 수가코드)에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 부목치료(Splint Cast)는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 부목치료(Splint Cast) 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 부목치료(Splint Cast) 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 제1항의 부목치료(Splint Cast)는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제3조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 골절(치아파절제외) 재활치료비(단순재활)(급여)

(1일1회, 연간5회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표3】(골절 분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절」이라 합니다)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「재활치료(단순재활)(급여)」에 해당하는 의료행위를 받은 경우 1일 1회, 연간 5회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 「재활치료(단순재활)(급여)」은 제3조(재활치료(단순재활)(급여)의 정의)에서 정한 「재활치료(단순재활)(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에

따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(재활치료(단순재활)(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「재활치료(단순재활)(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 【별표46】(재활치료(단순재활)(급여) 분류표)에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「재활치료(단순재활)(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「재활치료(단순재활)(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록

및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「재활치료(단순재활)(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「재활치료(단순재활)(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절 재활치료(단순재

활)(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 골절(치아파절제외) 재활치료비(전문재활)(급여)

(1일1회, 연간3회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험기간중 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표3】(골절 분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절」이라 합니다)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「재활치료(전문재활)(급여)」에 해당하는 의료행위를 받은 경우 1일 1회, 연간 3회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제1항에서 「재활치료(전문재활)(급여)」은 제3조(재활치료(전문재활)(급여)의 정의)에서 정한 「재활치료(전문재활)(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에

따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(재활치료(전문재활)(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「재활치료(전문재활)(급여)」라 함은 구조적 손상과 기능적 장해를 치료하기 위하여 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 【별표47】(재활치료(전문재활)(급여) 분류표)에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「재활치료(전문재활)(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「재활치료(전문재활)(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록

및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「재활치료(전문재활)(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「재활치료(전문재활)(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절 재활치료(전문재

활)(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 골·관절 도수정복술 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 치료를 직접적인 목적으로 「골·관절 도수정복술 치료(급여)」를 받은 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② 제1항에서 「골·관절 도수정복술 치료(급여)」은 제3조(골·관절 도수정복술 치료(급여)의 정의)에서 정한 「골·관절 도수정복술 치료(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(골·관절 도수정복술 치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「골·관절 도수정복술 치료(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 【별표48】(골·관절 도수정복술 치료(급여) 분류표)에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「골·관절 도수정복술 치료(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「골·관절 도수정복술 치료(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「골·관절 도수정복술 치료(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「골·관절 도수정복술 치료(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골·관절 도수정복술 치료비(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 골절(치아파절제외) 철심제거 수술비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표3】(골절 분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절」이라 합니다)로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 「철심제거술(급여)」를 받은 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② 제1항에서 「철심제거술(급여)」은 제3조(철심제거술(급여)의 정의)에서 정한 「철심제거술(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전

문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(철심제거술(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「철심제거술(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 【별표49】(철심제거술(급여) 분류표)에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「철심제거술(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「철심제거술(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「철심제거술(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「철심제거술(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절 철심제거 수술비(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 골·관절 고정술 치료비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 치료를 직접적인 목적으로 「골·관절 고정술 치료(급여)」를 받은 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② 제1항에서 「골·관절 고정술 치료(급여)」은 제3조(골·관절 고정술 치료(급여)의 정의)에서 정한 「골·관절 고정술 치료(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(골·관절 고정술 치료(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「골·관절 고정술 치료(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 【별표50】(골·관절 고정술 치료(급여) 분류표)에서 정한 진료행위로 치료를 받은 경우를 말합니다.

② 제1항의 「골·관절 고정술 치료(급여)」은 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 수가코드 기준을 따르며, 이 특별약관 체결 시점 이후 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고 이 특별약관에서 보장하는 「골·관절 고정술 치료(급여)」 시행 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특별약관에서 보장하는 「골·관절 고정술 치료(급여)」 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「골·관절 고정술 치료(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는

「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우를 말합니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 수술증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골·관절 고정술 치료비(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 골절(치아파절제외) CT검사비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 발생한 【별표3】(골절 분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절」이라 합니다)의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「CT검사(급여)」에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② 제1항에서 「CT검사(급여)」은 제3조(CT검사(급여)의 정의)에서 정한 「CT검사(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전

문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(CT검사(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「CT검사(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 수행하는 【별표51】(CT검사(급여) 분류표)에서 정한 급여 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「CT검사(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 전산화단층영상진단(CT) 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「CT검사(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여 항목이 발생한 경우로서 「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

<용어풀이>

[전산화단층영상진단(CT)]

X-ray를 이용하여 인체의 횡단면상의 영상을 획득하여 진단하는 검사

[의료행위]

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 「CT검사(급여)」 목적이 기재된 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인 방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절 CT검사비(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 골절(치아파절제외) MRI검사비(급여)(연간1회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 발생한 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 발생한 【별표3】(골절 분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절」이라 합니다)의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「MRI검사(급여)」에 해당하는 의료행위를 받은 경우 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 연간1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 지급합니다.

② 제1항에서 「MRI검사(급여)」은 제3조(MRI검사(급여)의 정의)에서 정한 「MRI검사(급여)」을 말합니다.

③ 제1항에서 「연간」이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전

문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제3조(MRI검사(급여)의 정의)

① 이 특별약관에서 「MRI검사(급여)」라 함은 병원 또는 의원의 의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 의원에서 의사의 관리 하에 수행하는 【별표52】(MRI검사(급여) 분류표)에서 정한 급여 의료행위를 말합니다.

② 제1항의 「MRI검사(급여)」는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 급여 자기공명영상(MRI) 분류번호 및 수가코드에 해당하는 의료행위를 받은 경우를 말합니다. 다만, 이 특별약관 체결 시점 이후 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 분류번호 및 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용하며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」가 폐지되어 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우 폐지 직전의 관련 법규에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

③ 제2항에도 불구하고, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」의 개정으로 급여 판정이 변경되더라도 제1조(보험금의 지급사유) 제1항의 지급사유 발생 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우에는 이를 다시 판단하지 않습니다.

④ 「MRI검사(급여)」은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 영상진단 및 방사선치료료 항목에서 급여 항목이 발생한 경우로서 「의료법」제3조(의료기관) 제2항에서 규정한 국내의 병원, 의원에서 행한 것에 한합니다.

<용어풀이>

[자기공명영상(MRI)]

강한 자기장 내에서 인체에 고주파를 전사해서 반향되는 전자기파를 측정하여 영상을 얻어 진단하는 검사

[의료행위]

의료행위란 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」에서 정한 분류번호 및 코드를 따릅니다.

제4조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진단서, 진료확인서, 진료비세부내역서("건강보험심사평가원 진료수가코드(EDI)" 필수 기재), 진료기록부(검사기록지 포함), 「MRI검사(급여)」 목적이 기재된 의사소견서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인

방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절 MRI검사비(급여)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 관절, 연골 및 인대 관련질환 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정 관절, 연골 및 인대 관련질환」으로 진단확정되고 「특정 관절, 연골 및 인대 관련질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 「특정 관절, 연골 및 인대 관련질환 수술비」로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

① 위 제 1 항의 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 「특정 관절, 연골 및 인대 관련질환」 수술을 받을 경우에는 하나의 「특정 관절, 연골 및 인대 관련질환 수술비」만 지급합니다.

제2조(특정 관절, 연골 및 인대 관련질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 관절, 연골 및 인대 관련질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표 53】(특정 관절, 연골 및 인대 관련질환 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

② 「특정 관절, 연골 및 인대 관련질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「특정 관절, 연골 및 인대 관련질환」의 조사나 확인을

위하여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

< 용어 풀이 >

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는

것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」 예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 근육 및 힘줄 관련질환 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정 근육 및 힘줄 관련질환」으로 진단확정되고 「특정 근육 및 힘줄 관련질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 「특정 근육 및 힘줄 관련질환 수술비」로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

① 위 제 1 항의 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 「특정 근육 및 힘줄 관련질환」 수술을 받을 경우에는 하나의 「특정 근육 및 힘줄 관련질환 수술비」만 지급합니다.

제2조(특정 근육 및 힘줄 관련질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 근육 및 힘줄 관련질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표 54】(특정 근육 및 힘줄 관련질환 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

② 「특정 근육 및 힘줄 관련질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「특정 근육 및 힘줄 관련질환」의 조사나 확인을 위하여 필

요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

< 용어 풀이 >

신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)

2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는

것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」 예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 뼈 및 조직 관련질환 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정 뼈 및 조직 관련질환」으로 진단확정되고 「특정 뼈 및 조직 관련질환」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 「특정 뼈 및 조직 관련질환 수술비」로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

① 위 제 1 항의 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 「특정 뼈 및 조직 관련질환」 수술을 받을 경우에는 하나의 「특정 뼈 및 조직 관련질환 수술비」만 지급합니다.

제2조(특정 뼈 및 조직 관련질환의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 뼈 및 조직 관련질환」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 **【**별표 55**】**(특정 뼈 및 조직 관련질환 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

② 「특정 뼈 및 조직 관련질환」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「특정 뼈 및 조직 관련질환」의 조사나 확인을 위하여 필요하다

고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

< 용어 풀이 >
신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는

것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」 예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특정 무릎 다빈도질환(러너스니) 수술비 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 「특정 무릎 다빈도질환(러너스니)」으로 진단확정되고 「특정 무릎 다빈도질환(러너스니)」의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우에는 수술 1 회당 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 「특정 무릎 다빈도질환(러너스니) 수술비」로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

① 위 제 1 항의 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 「특정 무릎 다빈도질환(러너스니)」 수술을 받을 경우에는 하나의 「특정 무릎 다빈도질환(러너스니)」만 지급합니다.

제2조(특정 무릎 다빈도질환(러너스니)의 정의 및 진단확정)

① 이 특별약관에서 「특정 무릎 다빈도질환(러너스니)」이라 함은 한국표준질병·사인분류에 있어서 【별표 56】(특정 무릎 다빈도질환(러너스니) 분류표)에 정한 질병을 말합니다.

② 「특정 무릎 다빈도질환(러너스니)」의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에 정한 의료기관의 의사(한의사, 치과의사는 제외합니다) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 합니다. 또한 회사가 「특정 무릎 다빈도질환(러너스니)」의 조사나 확인을 위하

여 필요하다고 인정하는 경우 검사결과, 진료기록부 사본 등의 제출을 요청할 수 있습니다.

제3조(수술의 정의와 장소)

① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말합니다.

② 제 1 항의 수술은 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것을 포함합니다. 또한 레이저(Laser)를 이용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것도 포함됩니다.

< 용어 풀이 >
신의료기술평가위원회: 의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.

1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는

것) 등의 조치

3. 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)

4. 미용성형 목적의 수술

5. 피임(避妊) 목적의 수술

6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)

7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술

<「기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술」 예시안내>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 중이내튜브유치술(중이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(치아파절제외)(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 3】(골절분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절」이라 합니다)로 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 골절의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(치아파절제외)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특

별약관은 소멸됩니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(머리·얼굴·목 부위)(치아파절 제외)(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 29】(골절(머리·얼굴·목 부위) 분류표)에 정한 골절(단, 치아의 파절 및 파절치(S02.5)는 보상하여 드리지 않습니다, 이하 「골절(머리·얼굴·목 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 골절(머리·얼굴·목 부위)의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(머리·얼굴·목 부위) 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(머리·얼굴·목

부위)(치아파절제외)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(가슴·등 부위)(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 30】(골절(가슴·등 부위) 분류표)에 정한 골절(이하 「골절(가슴·등 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 골절(가슴·등 부위)의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(가슴·등 부위)상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(가슴·등 부위)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이

없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(어깨·팔 부위)(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 31】(골절(어깨·팔 부위) 분류표)에 정한 골절(이하 「골절(어깨·팔 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 골절(어깨·팔 부위)의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(어깨·팔 부위)상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(어깨·팔 부위)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이

없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(허리·골반 부위)(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 32】(골절(허리·골반 부위) 분류표)에 정한 골절(이하 「골절(허리·골반 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 골절(허리·골반 부위)의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(허리·골반 부위)상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제1조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(허리·골반 부위)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력

이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(손·손목 부위)(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 33】(골절(손·손목 부위) 분류표)에 정한 골절(이하 「골절(손·손목 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 골절(손·손목 부위)의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(손·손목 부위)상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제 1 조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(손·손목 부위)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의

효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단비(발·발목·다리 부위)(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 【별표 34】(골절(발·발목·다리 부위) 분류표)에 정한 골절(이하 「골절(발·발목·다리 부위)」이라 합니다)로 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 골절(발·발목·다리 부위)의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 골절(발·발목·다리 부위) 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제 1 조(보험금의 지급사유)의 골절진단비(발·발목·다리 부위)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효

력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단비(심재성 2 도이상)(연간 1 회한) 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 상해(급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 "상해"라 합니다)의 직접결과로써 제 3 조(화상의 정의)에서 정한 화상으로 진단확정된 경우 연간 1 회에 한하여 보험증권에 기재된 금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급합니다.

② 제 1 항에서 「연간」이란 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지 기간을 의미하며, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 보험기간을 의미합니다. 또한, 한도 산정의 기준일자는 치료개시일(해당 화상의 치료를 위하여 최초로 내원(입원을 포함합니다)한 날을 말합니다)로 합니다.

③ 제 1 항의 경우 하나의 사고로 인하여 2 가지 이상의 화상 상태가 된 경우에는 1 회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제 1 항 및 제 2 항에 아래의 사항을 추가합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술을 포함합니다)

2. 선천적 기형 및 이에 근거한 병상

제3조(화상의 정의)

이 특별약관에 있어서 "화상"이라 함은 "한국표준질병사인분류"에 의하여【별표 4】에서 정하는 "화상분류표"에 정한 화상(열상 포함)에 해당되고, 심재성 2 도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.

제4조(보험금 등 청구시 구비서류)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 청구할 때에는 의사의 진단서를 제출하여야 합니다.

제5조(특별약관의 소멸)

회사가 이 특별약관에 따라 제 1 조(보험금의 지급사유)의 화상진단비(심재성 2 도 이상)를 보험금 지급횟수 한도까지 모두 지급하여 더 이상 이 특별약관의 효력이 없는 경우, 최종 보험금 지급에 해당하는 손해보상의 원인이 생긴 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.

제6조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

교통사고 및 자전거사고처리지원금(공탁금 선지급) 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)

이 특별약관은 아래에 열거한 특별약관(이하「교통사고 및 자전거사고 처리지원금 관련 특별약관」이라 합니다.) 중 한 가지 이상에 가입하였으며, 해당 특별약관이 2022 년 12 월 9 일 이후 유효한 계약에 대하여 적용합니다. 다만, 교통사고 및 자전거사고 처리지원금 관련 특별약관이 이 특별약관의 제 2 조(공탁금 지급에 대한 세부규정) 제 2 호에서 정한 지급사유를 이미 포함하고 있는 경우, 이 특별약관을 중복하여 적용하지 않습니다.

교통사고처리지원금(자가용, 동승자 포함) 특별약관
교통사고처리지원금Ⅱ(자가용, 동승자 포함) 특별약관
교통사고처리지원금Ⅲ(자가용, 동승자 포함) 특별약관
교통사고처리지원금(자가용, 동승자 제외) 특별약관
교통사고처리지원금(영업용, 동승자 포함) 특별약관
자전거사고 교통사고처리지원금(사망, 동승자 제외) 특별약관
자전거사고 교통사고처리지원금(사망, 동승자 포함) 특별약관
자전거사고 교통사고처리지원금(중대법규위반(6 주이상), 동승자 제외) 특별약관
자전거사고 교통사고처리지원금(중대법규위반(6 주이상), 동승자 포함) 특별약관
자전거사고 교통사고처리지원금(중상해, 동승자 제외) 특별약관
자전거사고 교통사고처리지원금(중상해, 동승자 포함) 특별약관
이륜차 유상운송중 교통사고처리지원금(동승자 제외) 특별약관
부부 교통사고처리지원금(자가용, 동승자포함) 특별약관
가족 교통사고처리지원금(자가용, 동승자포함) 특별약관

부부 교통사고처리지원금(자가용, 동승자제외) 특별약관

가족 교통사고처리지원금(자가용, 동승자제외) 특별약관

자원봉사활동중 교통사고처리지원금(자가용, 동승자 포함) 특별약관

교통사고처리지원금 특별약관

교통사고처리지원금(사망) 특별약관

교통사고처리지원금(6 주이상, 중대법규위반) 특별약관

교통사고처리지원금(중상해) 특별약관

제2조(공탁금 지급에 관한 세부규정)

회사는 교통사고 및 자전거사고처리지원금 관련 특별약관의 보험금의 지급사유 중 공탁금 지급에 대하여 아래의 내용을 적용합니다.

1. 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 공탁을 한 경우에는 피해자의 공탁금 출급 이후 공탁금액을 교통사고 및 자전거사고처리지원금 관련 특별약관에서 정한 보장한도 금액

(이하 "보장한도 금액"이라 합니다)을 한도로 보상합니다.

2. 제 1 호에도 불구하고 피해자에 의해 형사합의가 이루어지지 않아 회수제한을 조건으로 공탁을 한 경우, 피보험자의 청구가 있을 때에는 피해자의 공탁금 출급 이전이라 하더라도 회사는 보장한도 금액의 50%를 한도로 공탁금액의 50%를 가지급 보험금으로 지급합니다. 단, 피해자의 공탁금 출급 이후 잔여 공탁금은 보장한도 금액에서 가지급 보험금을 차감한 금액을 한도로 보상합니다.

3. 피보험자가 향후 무죄 선고 등으로 공탁금을 회수하는 경우 피보험자는 지체없이 회사에 알리고 제 2 호에 의해 지급한 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.

4. 피보험자가 제 2 호에 의해 지급한 가지급 보험금 수령 후 지급일로부터 3 년 이내에 잔여 공탁금을 청구하지 않을 경우, 피보험자는 회사 요청에 따라 공탁서 및 공탁금 출급 확인서 등 필요하다고 인정되는 서류를 제출하여야 합니다. 또한, 피보험자는 공탁금 지급사유 조사와 관련하여 서류 발급 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사 요청에 동의하여야 합니다.

5. 제 4 호에 따른 확인 결과 보험금 지급사유가 발생하지 않은 것으로 판단되거나 또는 피보험자가 제 4 호에 따른 회사의 서류제출 요청, 관공서 조사 요청을 정당한 사유 없이 거부하는 경우, 피보험자는 제 2 호에 의해 수령한 가지급 보험금을 반환하여야 합니다.

제3조(가지급 보험금의 비례분담)

① 교통사고 및 자전거사고처리지원금 관련 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 가지급보험금을 초과할 때에는 아래에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른계약이 모두의 무보험인 경우에도 같습니다.

$$\text{가지급 보험금} \times \frac{\text{이 계약의 보상책임액}}{\text{다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 계산한 보상책임액의 합계액}}$$

②교통사고 및 자전거사고처리지원금 관련 특별약관이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을

하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

④피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 가지급 보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 교통사고 및 자전거사고처리지원금 관련 특별약관을 따릅니다.

상해 사망위험 보상제외 특별약관

제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에도 불구하고 사망보험금을 보상하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해 후유장해위험 보상제외 특별약관

제1조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 보통약관 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에도 불구하고 후유장해보험금을 보상하지 않습니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 "특약")은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)

① 이 특약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)

② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상의 배우자
2. 피보험자의 3 촌 이내의 친족

② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제 6 조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 1 조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2 인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금

청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특약의 적용범위)

① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

【용어해설】

<소득세법 제59조의4(특별세액공제)>

근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제)>

① 소득세법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험

2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」,「신용협동조합법 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」,「한국교직원공제회법」,「대한지방행정공제회법」,「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)>

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제 1항」에서 규정한 장애인인 보험

【용어해설】

<「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인>

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제3호 라목1)부터10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람

<소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위) >

영 제107조제1항제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

【예시】

<이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 1>

전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

<이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 2>
전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우
⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

<이 특별약관을 적용할 수 없는 사례 예시 3>
전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우
⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

> **【예시】**
> 2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제2항에도 불구하고,「 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류)제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

> **【예시】**
> 2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 해당 연도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아

이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조(전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정)

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

단체계약 특별약관

제 1 조(계약의 적용 범위)

① 피보험자가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제 1 종 단체

   동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.

2. 제 2 종 단체

   비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

3. 제 3 종 단체

   그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

② 제 1 항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5 인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.
2. 제 1 항 제 2 호 및 제 3 호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제 2 조(상법 제 735 조 3 의 적용)

① 제 1 조의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제 1 항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제 2 항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제 3 조(단체요율의 적용)

① 제 1 조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제 3 종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.

② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 보험의 목적이 교체되는 경우에는 보험의 목적 교체 전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 보험의 목적 교체시점부터 잔여 보험기간(보험의 목적 교체 전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조(개별계약으로의 전환)

① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.

② 제 1 항에 따라 개별계약으로 전환 시에는 전환 후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제 6 조(보험증권의 발급)

① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.

② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

보험료정산 추가특별약관

(단체계약 특별약관에 적용)

제 1 조(보험료의 정산)

① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전 일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월 말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간 중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제 1 호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 기납입한 보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.
4. 제 1 호에도 불구하고, 계약자와 협의를 통해 피보험자수에 관한 서류 제출 주기를 변경할 수 있습니다.

제 4 조(보험기간의 설정)

회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 할 수 있습니다. 다만, 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우 피보험자가 소속단체를 탈퇴(퇴사)하는 즉시 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 합니다.

제 5 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

보험료정산 추가특별약관(Ⅱ)

(단체계약 특별약관에 적용)

제 1 조(보험료의 정산)

① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전 일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조(보험료 정산기간)

계약자는 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료정산기간 (이하「정산기간」이라 합니다)이라 합니다.

1. 계약기간 중
   - 매월 □, - 매 6 개월 □, - 기타 □ ( )
2. 보험기간 종료 후 □

제 4 조(예치보험료)

계약자는 제 3 조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때 마다 정산기간동안의 예상피보험자수에 정해진 보험요율을 적용하여 산출한 보험료(이하「예치보험료」라 합니다)를 회사에 납입하여야 합니다

제 5 조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 제 1 호에 의한 피보험자수에 따라 정산기간 동안의 실제보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료후 7 일 이내에 제 4 조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다.
4. 제 1 호에도 불구하고, 계약자와 협의를 통해 피보험자수에 관한 서류 제출 주기를 변경할 수 있습니다.

제 6 조(보험기간의 설정)

회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 할 수 있습니다. 다만, 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우 피보험자가 소속단체를 탈퇴(퇴사)하는 즉시 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 합니다.

제 7 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

상품다수구매자 단체계약 특별약관

제 1 조(적용범위)

① 이 특별약관은 상품판매자가 자기의 관리하에 운영, 유지되는 상품 구매자 다수를 피보험자로 하여 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

② 제 1 항의 상품구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.

③ 제 1 항의 계약의 총 피보험자수는 50 인 이상이어야 합니다.

제 2 조(계약자)

이 특별약관의 계약자는 제 1 조(적용범위)의 상품구매자 다수를 대표하여 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

제 4 조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)

① 계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체 없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.

② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

④ 제 1 항에 따라 피보험자가 교체되는 경우에는 피보험자 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 피보험자 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조(보험료의 환급)

계약자의 책임있는 사유로 계약을 해지하는 경우에는 보통약관 제 32 조(보험료의 환급)의 규정에도 불구하고 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액을 돌려드립니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자 단체계약 보험료정산 추가특별약관

(상품다수구매자 단체계약 특별약관에 적용)

제 1 조(보험료의 정산)

이 추가특별약관은 상품다수구매자 단체계약 특별약관 제 4 조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

.

제 2 조(보험가입금액)

상품다수구매자단체계약 특별약관 제 3 조(보험가입금액)의 규정에 관계없이 계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제 3 조(피보험자의 통지)

① 계약자는 피보험자의 증감이 있을 경우 지체없이 회사에 서면 통지하여야 합니다.

② 회사의 보장은 제 1 항의 통지가 회사에 접수되는 시점으로 하며 우편통지 시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국 소인이 찍힌 날로부터 3 일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.

③ 제 1 항에도 불구하고 계약자가 자기의 재화, 용역 및 서비스를 판매한 날짜 및 시간이 입력된 전산자료를 회사에 제공할 수 있을 경우에는 다음 어느 하나의 기간 단위로 피보험자 증감내역을 통보합니다.

- 매주 □, 매월 □, 기타 □ ( )

제 4 조(보험료 정산기간)

계약자는 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료정산기간 (이하「정산기간」이라 합니다)이라 합니다.

1. 계약기간 중

- 매월, 매 3 개월, 매 6 개월, 기타( )

2. 보험기간 종료 후

제 5 조(예치보험료)

계약자는 제 4 조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때 마다 정산기간동안의 예상피보험자수에 정해진 보험요율을 적용하여 산출한 보험료(이하「예치보험료」라 합니다)를 회사에 납입하여야 합니다.

제 6 조(보험료의 정산방법)

① 계약자는 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출해야 합니다.

② 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

③ 회사는 제 3 조(피보험자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간 동안의 실제보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료후 7 일 이내에 제 5 조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다.

④ 회사는 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다. 다만, 제 3 조(피보험자의 통지)의 피보험자 통지가 이루어진 경우에 한합니다.

제 7 조(보험기간의 설정)

회사는 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다. 다만, 이 계약기간중 피보험자 감소의 경우 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 합니다.

제 8 조(적용특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 드립니다.

제 9 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 상품다수구매자단체계약 특별약관을 따릅니다.

별 표

【별표 1】 장해분류표

□ 총칙

1. 장해의 정의

1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.

2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.

3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.

4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.

5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계·정신행동의 13 개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌·우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.

5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ **장해분류별 판정기준**

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.

2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인

경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.

3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.

4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)주1), 안전수지(Finger Counting)주2) 상태를 포함한다.

※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.

6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우

나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우

7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.

8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위

합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때' 라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.

12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장해를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장해를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장해를 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) 청력장해는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 ±10dB 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장해 상태를 재평가하여야 한다.

2) '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) '심한 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는

경우를 말한다.

4) '약간의 장해를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가실시 후 장해를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.

2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장해로만 평가한다.

라. 평형기능의 장해

1) '평형기능에 장해를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장해 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10

	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1 년간 12 회이상)	6
	장기 통원치료(1 년간 6 회이상)	4
	단기 통원치료(6 개월간 6 회이상)	2
	단기 통원치료(6 개월간 6 회미만)	0
기능 장해 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장해판정기준

1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장해의 대상으로 하지 않는다.
3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
4) 코의 추상(추한 모습)장해를 수반한 때에는 기능장해의 지급률과 추상장해의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장해를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장해를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장해를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
8) 치아에 14 개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우

나) 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우

라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

나) 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우

다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우

라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태

마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한

다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우

9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.

가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우

나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우

10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.

11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.

12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손

상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.

13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아수에 따라 지급률을 결정한다.

15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.

16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.

2) '추상(추한 모습)장해'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.

3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.

5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 5cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)

나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)

다) 지름 2cm 이상의 조직함몰

라) 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손

나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12 세 이상의 성인에서는 8×10 ㎝(1/2 크기는 40 ㎠, 1/4 크기는 20 ㎠), 6 ~ 11 세의 경우는 6×8 ㎝(1/2 크기는 24 ㎠, 1/4 크기는 12 ㎠), 6 세 미만의 경우는 4×6 ㎝(1/2 크기는 12 ㎠, 1/4 크기는 6 ㎠)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장해를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장해를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해	10

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.

2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.

   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상. 하 인접 정상 척추체(척추뼈

몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.

나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상.하부[인접 상.하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상.하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.

다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.

5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.

6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태

7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태

다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태

8) 약간의 운동장해

머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때

11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때

12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우

13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제 2 천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.

2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태

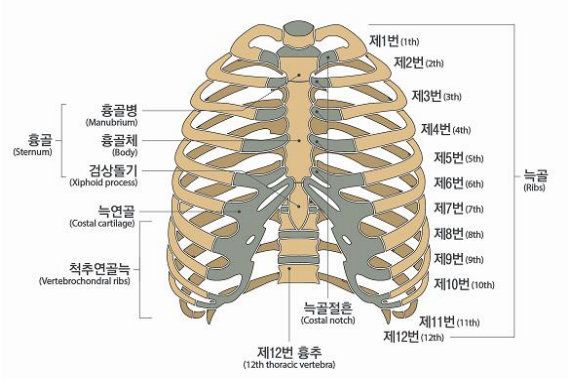
   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우

   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

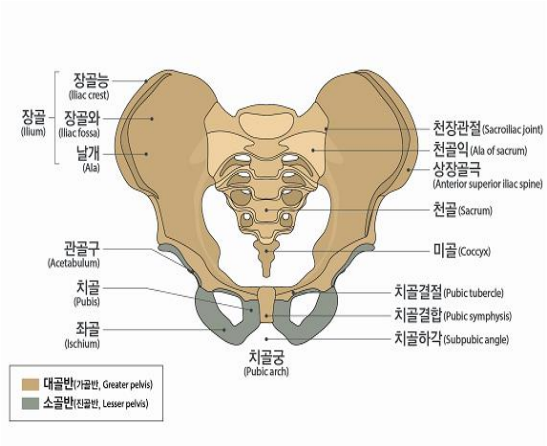
3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은

때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.

4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 완전 강직(관절굳음)

   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3 대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되

는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.

   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

   가) 완전 강직(관절굳음)

   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사

(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력

검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 손의 5 개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5 개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.

4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

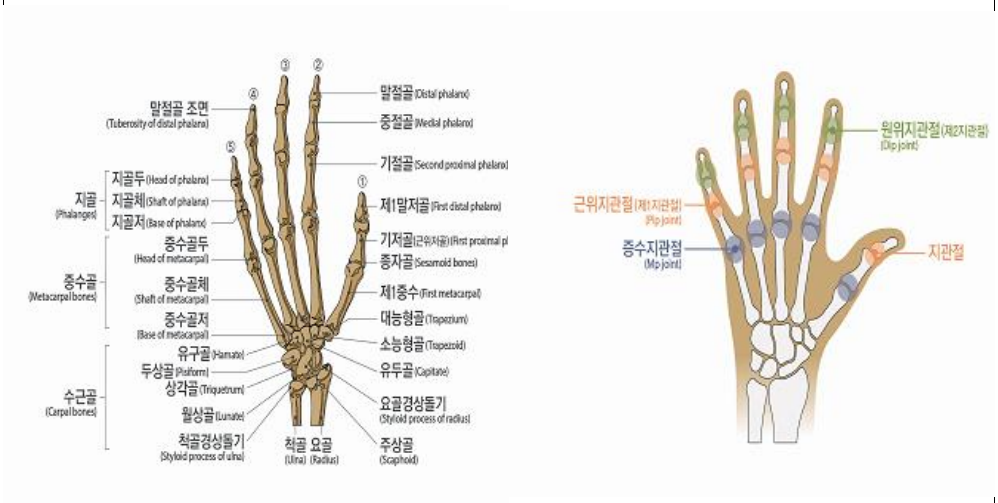
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.

8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.


말절골 조면
(Tuberosity of distal phalanx)
지골
(Phalanges)
지골두 (Head of phalanx)
지골체 (Shaft of phalanx)
지골저 (Base of phalanx)
중수골
(Metacarpal bones)
중수골두
(Head of metacarpal)
중수골체
(Shaft of metacarpal)
중수골저
(Base of metacarpal)
수근골
(Carpal bones)
유구골 (Hamate)
두상골 (Pisiform)
삼각골 (Triquetrum)
월상골 (Lunate)
척골경상돌기
(Styloid process of ulna)
척골 요골
(Ulna) (Radius)
말절골 (Distal phalanx)
중절골 (Medial phalanx)
기절골 (Second proximal phalanx)
제1말저골 (First distal phalanx)
기저골 (First proximal p
종자골 (Sesamoid bones)
제1중수 (First metacarpal)
대능형골 (Trapezium)
소능형골 (Trapezoid)
유두골 (Capitate)
요골경상돌기
(Styloid process of radius)
주상골
(Scaphoid)
원위지관절 (제2지관절)
(Dip joint)
근위지관절 (제1지관절)
(Pip joint)
중수지관절
(Mp joint)
지관절

< 손가락 >

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5 개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5 개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장해를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지

않는다.

3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.

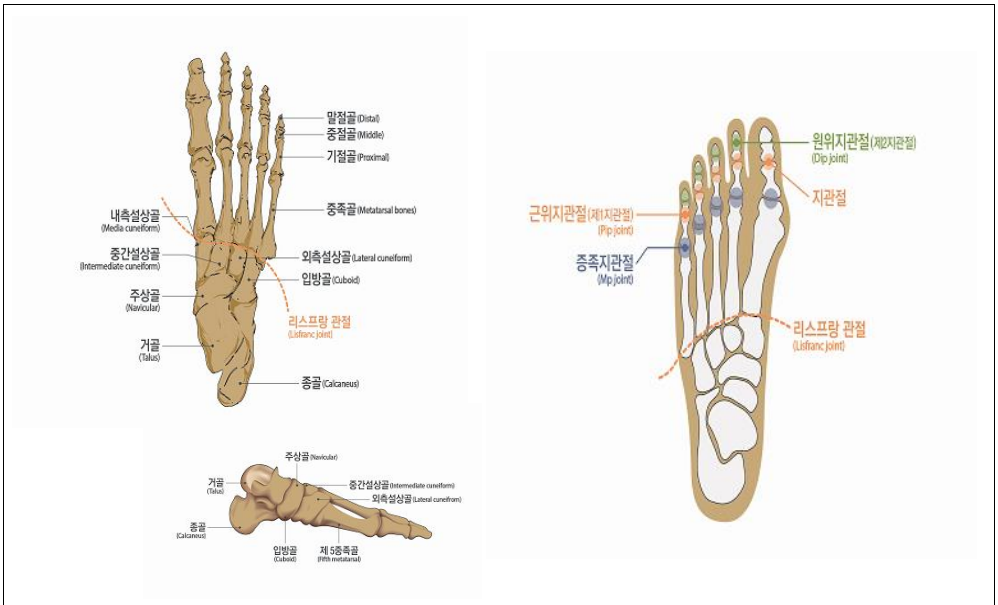
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.

5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.

6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.


말절골 (Distal)
중절골 (Middle)
기절골 (Proximal)
중족골 (Metatarsal bones)
내측설상골 (Media cuneiform)
중간설상골 (Intermediate cuneiform)
외측설상골 (Lateral cuneiform)
입방골 (Cuboid)
주상골 (Navicular)
리스프랑 관절 (Lisfranc joint)
거골 (Talus)
종골 (Calcaneus)
원위지관절 (제2지관절) (Dip joint)
지관절
근위지관절 (제1지관절) (Pip joint)
중족지관절 (Mp joint)
리스프랑 관절 (Lisfranc joint)
주상골 (Navicular)
거골 (Talus)
중간설상골 (Intermediate cuneiform)
외측설상골 (Lateral cuneifrom)
종골 (Calcaneus)
입방골 (Cuboid)
제 5중족골 (Fifth metatarsal)

< 발가락 >

12. 흉. 복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때	15

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일

때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때

나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태

다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때

라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우

바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우

5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때

나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때

다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때

6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장

기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.

7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.

8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계. 정신행동 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 신경계에 장해가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장해를 남긴때	100
3) 정신행동에 심한 장해를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장해를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장해를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR 척도 5 점	100
8) 심한 치매 : CDR 척도 4 점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3 점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2 점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) "신경계에 장해를 남긴 때"라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표"의 5가지 기본동작중 하나

이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 "<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표" 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한

다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원. 약물 복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.

자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.

차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.

카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.

타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.

파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.

다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) "뇌전증"이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다) "심한 뇌전증 발작"이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라) "뚜렷한 뇌전증 발작"이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마) "약간의 뇌전증 발작"이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바) "중증발작"이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사) "경증발작"이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙 임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한 정도에 따른 지급률
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2 시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

유형	제한 정도에 따른 지급률
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표 2】 아나필락시스 분류표

약관에 규정하는 아나필락시스로 분류되는 상병은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 음식의 유해작용으로 인한 아나필락시스쇼크	T78.0
2. 상세불명의 아나필락시스쇼크	T78.2
3. 혈청에 의한 아나필락시스쇼크	T80.5
4. 적절히 투여된 올바른 약물 또는 약제의 유해작용에 의한 아나필락시스쇼크	T88.6

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 3】 골절 분류표

약관에 규정하는 한국표준사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 압착손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	

16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T10
17. 상세불명 신체부위의 골절	T12 T14.2

주) 1. 제 10 차 개정이후 이 약관에서 보장하는 골절 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 4】 화상 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서, 화상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선에 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타 장해	L59

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 화상 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 5】 교통사고처리특례법 제3조 2항 단서

1. 도로교통법 제5조(신호 또는 지시에 따를 의무)의 규정에 의한 신호기 또는 교통정리를 하는 경찰공무원 등의 신호나 통행의 금지 또는 일시정지를 내용으로 하는 안전표지가 표시하는 지시에 위반하여 운전한 경우

2. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제3항의 규정에 위반하여 중앙선을 침범하거나 동법 제62조(횡단 등의 금지)의 규정에 위반하여 횡단. 유턴 또는 후진한 경우

3. 도로교통법 제17조(자동차등의 속도) 제1항 또는 제2항의 규정에 의한 제한속도를 매시 20킬로미터를 초과하여 운전한 경우

4. 도로교통법 제21조(앞지르기 방법 등) 제1항. 제22조(앞지르기 금지의 시기 및 장소). 제23조(끼어들기의 금지) 또는 제60조(갓길 통행금지 등) 제2항의 규정에 의한 앞지르기의 방법. 금지시기. 금지장소 또는 끼어들기의 금지에 위반하여 운전한 경우

5. 도로교통법 제24조(철길건널목의 통과)의 규정에 의한 건널목 통과방법을 위반하여 운전한 경우

6. 도로교통법 제27조(보행자의 보호) 제1항의 규정에 의한 횡단보도에서의 보행

자 보호의무를 위반하여 운전한 경우

7. 도로교통법 제43조(무면허운전 등의 금지) 제1항, 건설기계관리법 제26조(건설기계조종사 면허) 또는 도로교통법 제96조(국제운전면허증에 의한 자동차등의 운전)의 규정에 위반하여 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 않고 운전한 경우. 이 경우 운전면허 또는 건설기계 조종사면허의 효력이 정지중에 있거나 운전의 금지중에 있는 때에는 운전면허 또는 건설기계조종사면허를 받지 않거나 국제운전면허증을 소지하지 않은 것으로 본다.

8. 도로교통법 제44조(술에 취한 상태에서의 운전금지) 제1항의 규정에 위반하여 주취중 에 운전을 하거나 동법 제45조(과로한 때 등의 운전금지)의 규정에 위반하여 약물의 영향으로 정상적인 운전을 하지 못할 염려가 있는 상태에서 운전한 경우

9. 도로교통법 제13조(차마의 통행) 제1항의 규정에 위반하여 보도가 설치된 도로의 보도를 침범하거나 동법 제13조(차마의 통행) 제2항의 규정에 의한 보도횡단 방법에 위반하여 운전한 경우

10. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제2항의 규정에 의한 승객의 추락방지의무를 위반하여 운전한 경우

11. 도로교통법 제12조(어린이 보호구역의 지정 및 관리) 제3항에 따른 어린이 보호구역에서 같은 조 제1항에 따른 조치를 준수하고 어린이의 안전에 유의하면서 운전하여야 할 의무를 위반하여 어린이의 신체를 상해에 이르게 한 경우

12. 도로교통법 제39조(승차 또는 적재의 방법과 제한) 제4항을 위반하여 자동차의 화물이 떨어지지 아니하도록 필요한 조치를 하지 아니하고 운전한 경우

※ 상기 외 법령의 변경으로 추가되는 사항이 있는 경우에는 그 사항도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 6】 식중독 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 식중독으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 식중독 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 기타 살모넬라감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장질환	A07
7. 바이러스 및 기타 명시된 창자 감염	A08
8. 해산물 로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
9. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

주) 1. 제 10 차 개정이후 이 약관에서 보장하는 식중독 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 7】 음식매개세균성장염 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 음식매개 세균성장염으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 음식매개세균성장염 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 기타 살모넬라감염	A02
2. 시겔라증	A03
3. 기타 세균성 장감염	A04
4. 달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
5. 아메바증	A06
6. 기타 원충성 장질환	A07
7. 해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
8. 식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

주) 1. 제 10 차 개정이후 이 약관에서 보장하는 음식매개세균성장염 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류

개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 8】 특정감염병 분류표

약관에 규정하는 특정감염병으로 분류되는 질병은「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률[시행 2020. 1. 1.] [법률 제15534호, 2018. 3. 27., 일부개정]」제 2 조(정의)에 해당하는 질병 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	감염병
제 1 급감염병 (3 종)	페스트, 탄저, 디프테리아
제 2 급감염병 (11 종)	홍역, 콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, 백일해, 유행성이하선염, 폴리오, 수막구균 감염증, 성홍열
제 3 급감염병 (11 종)	파상풍, 일본뇌염, 말라리아, 레지오넬라증, 비브리오패혈증, 발진티푸스, 발진열, 쯔쯔가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 신증후군출혈열

주) 1. 감염병 예방 및 관리에 관한 법률([시행 2020. 1. 1.] [법률 제 15534 호, 2018. 3. 27., 일부개정]) 제 2 조(정의) 제 2 호에서 제 4 호의 감염병 중 위에 해당하지 아니하는 감염병은 보장하지 않습니다.

2. 향후「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」등 관계법령이 개정되어 신규로 추가되는 감염병이 생기더라도 특정감염병 분류표에서 나열한 감염병만 보장되며, 신규로 추가되는 감염병은 보장하지 않습니다.

3. 향후「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」등 관계법령에서 제외되는 감염병이 생기더라도 신고여부와 상관없이 "특정감염병"의 보장대상에서는 제외되지 않습니다.

【별표 9】 기후성질환(온열질환) 분류표

약관에 규정하는 기후성질환(온열질환)으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
열 및 빛의 영향	T67
- 열사병 및 일사병	T67.0
- 열실신	T67.1
- 열경련	T67.2
- 탈수성 열탈진	T67.3
- 염분 상실에 의한 열탈진	T67.4
- 상세불명의 열탈진	T67.5
- 일과성 열피로	T67.6
- 열성 부종	T67.7
- 열 및 빛의 기타 영향	T67.8
- 열 및 빛의 상세불명의 영향	T67.9

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표10】 기후성질환(한랭질환) 분류표

약관에 규정하는 기후성질환(한랭질환)으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 표재성 동상	T33
2. 조직괴사를 동반한 동상	T34
3. 여러 신체부위를 침범한 동상 및 상세불명의 동상	T35
4. 저체온증	T68
5. 저하된 온도의 기타 영향	T69

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표11】 독액성동물접촉중독 분류표

약관에 규정하는 독액성 동물과의 접촉으로 인한 중독으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
독액성 동물과의 접촉의 독성효과	
·뱀독의 독성효과	T63.0
·기타 파충류의 독액의 독성효과	T63.1
·전갈의 독액의 독성효과	T63.2
·거미의 독액의 독성효과	T63.3
·기타 절지동물의 독액의 독성효과	T63.4
·물고기와의 접촉의 독성효과	T63.5
·기타 바다동물과의 접촉의 독성효과	T63.6
·기타 독액성 동물과의 접촉의 독성효과	T63.8
·상세불명의 독액성 동물과의 접촉의 독성효과	T63.9

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표12】 고압산소요법(급여) 분류표

약관에 규정하는 고압산소요법(급여)은 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제2부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)의 제9장(처치 및 수술료 등) 중 다음의 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
(상급종합병원,종합병원)고압산소요법-1 시간까지	M0581
(상급종합병원,종합병원)고압산소요법-1 시간을 초과하여 2 시간까지	M0582
(상급종합병원,종합병원)고압산소요법-2 시간 초과 1 일당	M0583
고압산소요법-1 시간까지	M0586
고압산소요법-1 시간을 초과하여 2 시간까지	M0587
고압산소요법-2 시간 초과 1 일당	M0588

【별표13】 특정2대호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 특정2대호흡계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
간질영향 호흡기질환	성인호흡곤란증후군	J80
	폐부종	J81
	달리 분류되지 않은 폐호산구증가	J82
	기타 간질성 폐질환	J84
하기도 화농·괴사성 질환	폐 및 종격의 농양	J85
	농흉	J86

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표14】 특정5대호흡계질환 분류표

약관에 규정하는 특정5대호흡계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
특정 바이러스성 폐렴	아데노바이러스폐렴	J12.0
	파라인플루엔자바이러스폐렴	J12.2
	사람메타뉴모바이러스폐렴	J12.3
특정 세균성 폐렴	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴	J13
	인플루엔자균에 의한 폐렴	J14
하부호흡기 특정질환	폐기종	J43
	기관지확장증	J47
특정 외부요인 폐질환	화학물질, 가스, 훈증기 및 물김의 흡입에 의한 호흡기병태	J68
	고체 및 액체에 의한 폐렴	J69
흉막 특정질환	달리 분류되지 않은 흉막삼출액	J90
	흉막판	J92
	기타 흉막의 병태	J94

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표15】 특정4대소화계질환 분류표

약관에 규정하는 특정4대소화계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
특정 게실염	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.02
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장의 게실병, 게실염	K57.03
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.22
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 대장의 게실병, 게실염	K57.23
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.42
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 소장과 대장 모두의 게실병, 게실염	K57.43
	출혈을 동반하지 않은 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.82
	출혈을 동반한 천공 및 농양이 있는 상세불명 부분의 장의 게실병, 게실염	K57.83
충수질환	급성 충수염	K35
	기타 충수염	K36
	상세불명의 충수염	K37
	충수의 기타 질환	K38

분 류 항 목		분류번호
복막질환	복막염 복막의 기타 장애	K65 K66
기타 장질환	장의 혈관장애	K55

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표16】 특정6대소화계질환 분류표

약관에 규정하는 특정6대소화계질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
특정 식도궤양	출혈을 동반한 식도의 궤양	K22.11
특정 위궤양	출혈이 있는 급성 위궤양 천공이 있는 급성 위궤양 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 위궤양	K25.0 K25.1 K25.2
특정 십이지장궤양	출혈이 있는 급성 십이지장궤양 천공이 있는 급성 십이지장궤양 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 십이지장궤양	K26.0 K26.1 K26.2
특정 소화성궤양	출혈이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양 천공이 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양 출혈 및 천공이 모두 있는 급성 상세불명 부위의 소화성 궤양	K27.0 K27.1 K27.2
위공장궤양	위공장궤양	K28
특정 위장염 및 결장염	방사선에 의한 위장염 및 결장염 독성 위장염 및 결장염	K52.0 K52.1

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류

개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표17】 수두 분류표

약관에 규정하는 수두로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 수두	B01

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표18】 수족구 분류표

약관에 규정하는 수족구로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 발진을 동반한 엔테로바이러스소수포구내염(수족구병)	B08.4

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표19】 독감(인플루엔자) 분류표

약관에 규정하는 독감(인플루엔자)로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J09
2. 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자	J10
3. 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자	J11

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표20】 봄철 특정감염성질환 분류표

약관에 규정하는 봄철 특정감염성질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 노로바이러스에 의한 급성 위장병증	A08.1
2. 홍역	B05
3. 볼거리	B26

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표21】 여름철 특정감염성질환 분류표

약관에 규정하는 여름철 특정감염성질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 진드기매개바이러스뇌염	A84
2. 급성 A 형간염	B15
3. 볼거리	B26
4. 열대원충말라리아	B50
5. 삼일열원충말라리아	B51
6. 사일열원충말라리아	B52
7. 기타 기생충학적으로 확인된 말라리아	B53
8. 상세불명의 말라리아	B54

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표22】 가을철 특정감염성질환 분류표

약관에 규정하는 가을철 특정감염성질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 리케차 쯔쯔가무시에 의한 발진티푸스	A75.3
2. 기타 기생충학적으로 확인된 말라리아	B53

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표23】 겨울철 특정감염성질환 분류표

약관에 규정하는 겨울철 특정감염성질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 노로바이러스에 의한 급성 위장병증	A08.1
2. 홍역	B05
3. 열대원충말라리아	B50

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표24】 봄철 다빈도질환 분류표

약관에 규정하는 봄철 다빈도질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
호흡계질환	급성 상기도감염	J00~J06
	인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
	기타 급성 하기도감염	J20~J22
	상기도의 기타 질환	J30~J39
	만성 하부호흡기질환	J40~J47
	외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
	주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80~J84
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
	호흡계통의 기타 질환	J95~J99

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표25】 여름철 다빈도질환 분류표

약관에 규정하는 여름철 다빈도질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
피부질환	피부 및 피하조직의 감염	L00~L08
	수포성 장애	L10~L14
	피부염 및 습진	L20~L30
	구진비늘장애	L40~L45
	두드러기 및 홍반	L50~L54
	피부 및 피하조직의 방사선-관련장애	L55~L59
	피부부속물의 장애	L60~L75
	피부 및 피하조직의 기타 장애	L80~L99
근골격계질환	감염성 관절병증	M00~M03
	염증성 다발관절병증	M05~M14
	관절증	M15~M19
	기타 관절장애	M20~M25
	전신결합조직장애	M30~M36
	변형성 등병증	M40~M43
	척추병증	M45~M49
	기타 등병증	M50~M54
	근육 장애	M60~M63
	윤활막 및 힘줄장애	M65~M68
	기타 연조직장애	M70~M79
	골밀도 및 구조장애	M80~M85
	기타 골병증	M86~M90
	연골병증	M91~M94

분 류 항 목		분류번호
	근골격계통 및 결합조직의 기타 장애	M95~M99

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표26】 가을철 다빈도질환 분류표

약관에 규정하는 가을철 다빈도질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
호흡계질환	급성 상기도감염	J00~J06
	인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
	기타 급성 하기도감염	J20~J22
	상기도의 기타 질환	J30~J39
	만성 하부호흡기질환	J40~J47
	외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
	주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80~J84
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
	호흡계통의 기타 질환	J95~J99
특정 소화계질환	식도, 위 및 십이지장의 질환	K20~K31
	충수의 질환	K35~K38
	탈장	K40~K46
	비감염성 장염 및 결장염	K50~K52
	장의 기타 질환 (결장의 폴립 제외)	K55~K64 (K63.5 제외)
	복막의 질환	K65~K67
	간의 질환	K70~K77
	담낭, 담도 및 췌장의 장애	K80~K87
	소화계통의 기타 질환	K90~K93

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표27】 겨울철 다빈도질환 분류표

약관에 규정하는 겨울철 다빈도질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목		분류번호
호흡계질환	급성 상기도감염	J00~J06
	인플루엔자 및 폐렴	J09~J18
	기타 급성 하기도감염	J20~J22
	상기도의 기타 질환	J30~J39
	만성 하부호흡기질환	J40~J47
	외부요인에 의한 폐질환	J60~J70
	주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환	J80~J84
	하기도의 화농성 및 괴사성 병태	J85~J86
	흉막의 기타 질환	J90~J94
	호흡계통의 기타 질환	J95~J99

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표28】 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상

가. 신경학적 응급증상 : 급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상

나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크

다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)

라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술을 요하는 중상, 다발성 외상

마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈

바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실

사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응

아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애

자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신장애

2. 응급증상에 준하는 증상

가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈

나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡

다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애

라. 출혈 : 혈관손상

마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8 세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)

바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상

사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

주) 관련법령이 변경되는 경우 변경된 법률을 적용합니다.

【별표29】 골절(머리·얼굴·목 부위) 분류표

약관에 규정하는 골절(머리·얼굴·목 부위)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 으깸손상	S07
3. 머리의 상세불명 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 목과 함께 머리를 침범한 골절	T02.0

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표30】 골절(가슴·등 부위) 분류표

약관에 규정하는 골절(가슴·등 부위)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
2. 아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 골절	T02.1
3. 아래등, 골반 및 사지와 함께 흉부를 침범한 골절	T02.7
4. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표31】 골절(어깨·팔 부위) 분류표

약관에 규정하는 골절(어깨·팔 부위)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
2. 아래팔의 골절	S52
3. 한 쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.2
4. 양쪽 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.4
5. 다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 골절	T02.6
6. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표32】 골절(허리·골반 부위) 분류표

약관에 규정하는 골절(허리·골반 부위)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 허리뼈 및 골반의 골절	S32

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표33】 골절(손·손목 부위) 분류표

약관에 규정하는 골절(손·손목 부위)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 손목 및 손부위의 골절	S62

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표34】 골절(발·발목·다리 부위) 분류표

약관에 규정하는 골절(발·발목·다리 부위)로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 넙적다리뼈의 골절	S72
2. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
3. 발목을 제외한 발의 골절	S92
4. 한 쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절	T02.3
5. 양쪽 다리의 여러 부위를 침범한 골절	T02.5
6. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표35】 상해 근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상 분류표

약관에 규정하는 상해 근골격계(머리·얼굴·목 부위) 손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 턱의 탈구	S03.0
2. 코의 중격연골의 탈구	S03.1
3. 치아의 탈구	S03.2
4. 머리의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S03.3
5. 뇌신경의 손상	S04
6. 눈 및 안와의 손상	S05
7. 두개내손상	S06
8. 머리 부분의 외상성 절단	S08
9. 달리 분류되지 않은 머리의 혈관손상	S09.0
10. 머리의 근육 및 힘줄의 손상	S09.1
11. 고막의 외상성 파열	S09.2
12. 경추간판의 외상성 파열	S13.0
13. 경추의 탈구	S13.1
14. 목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
15. 목의 다발탈구	S13.3
16. 목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
17. 목부위의 혈관의 손상	S15
18. 목부위의 근육 및 힘줄의 손상	S16
19. 목의 으깸손상	S17
20. 목부위의 외상성 절단	S18
21. 목과 함께 머리를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.0

분 류 항 목	분류번호
22. 목과 함께 머리를 침범한 으깸손상	T04.0
23. 목부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표36】 상해 근골격계(가슴·등 부위) 손상 분류표

약관에 규정하는 상해 근골격계(가슴·등 부위) 손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 흉추간판의 외상성 파열	S23.0
2. 흉추의 탈구	S23.1
3. 흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
4. 흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
5. 흉부 혈관의 손상	S25
6. 심장의 손상	S26
7. 기타 및 상세불명의 흉곽내기관의 손상	S27
8. 흉부의 으깸손상 및 흉부 부분의 외상성 절단	S28
9. 흉부부위의 근육 및 힘줄의 손상	S29.0
10. 아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.1
11. 복부, 아래등 및 골반과 함께 흉부를 침범한 으깸손상	T04.1
12. 복부, 아래등, 골반 및 사지를 동반한 흉부의 으깸손상	T04.7
13. 복부내 및 골반 기관을 포함한 흉곽내기관의 손상	T06.5
14. 몸통의 상세불명의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T09.2
15. 척수의 상세불명 부위의 손상	T09.3
16. 몸통의 상세불명의 신경, 척수신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
17. 몸통의 상세불명의 근육 및 힘줄의 손상	T09.5
18. 몸통의 상세불명 부위의 외상성 절단	T09.6

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표37】 상해 근골격계(어깨·팔 부위) 손상 분류표

약관에 규정하는 상해 근골격계(어깨·팔 부위) 손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 어깨관절의 탈구	S43.0
2. 견쇄관절의 탈구	S43.1
3. 흉쇄관절의 탈구	S43.2
4. 견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
5. 어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
6. 어깨 및 위팔 부위의 혈관의 손상	S45
7. 어깨 및 위팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S46
8. 어깨 및 위팔의 으깸손상	S47
9. 어깨 및 위팔의 외상성 절단	S48
10. 요골머리의 탈구	S53.0
11. 팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
12. 요골측부인대의 외상성 파열	S53.2
13. 척골측부인대의 외상성 파열	S53.3
14. 아래팔 부위의 신경의 손상	S54
15. 아래팔 부위의 혈관의 손상	S55
16. 아래팔 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S56
17. 아래팔의 으깸손상	S57
18. 아래팔의 외상성 절단	S58
19. 팔의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.2
20. 다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.4
21. 팔의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.2

분 류 항 목	분류번호
22. 다리와 함께 팔의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.4
23. 양쪽 손의 외상성 절단	T05.0
24. 한쪽 손 및 다른 쪽 팔의 외상성 절단[손을 제외한 모든 부위]	T05.1
25. 양쪽 팔의 외상성 절단[모든 부위]	T05.2
26. 팔의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T11.2
27. 팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
28. 팔의 상세불명 부위의 상세불명 혈관의 손상	T11.4
29. 팔의 상세불명 부위의 상세불명 근육 및 힘줄의 손상	T11.5
30. 팔의 상세불명 부위의 외상성 절단	T11.6

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표38】 상해 근골격계(허리·골반 부위) 손상 분류표

약관에 규정하는 상해 근골격계(허리·골반 부위) 손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 요추간판의 외상성 파열	S33.0
2. 요추의 탈구	S33.1
3. 천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
4. 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S33.3
5. 치골결합의 외상성 파열	S33.4
6. 복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
7. 복부, 아래등 및 골반 부위의 혈관의 손상	S35
8. 복강내기관의 손상	S36
9. 비뇨 및 골반 기관의 손상	S37
10. 복부, 아래등 및 골반의 으깸손상 및 외상성 절단	S38
11. 복부, 아래등 및 골반의 근육 및 힘줄의 손상	S39.0
12. 골반기관을 동반한 복강내기관의 손상	S39.6

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표39】 상해 근골격계(손·손목 부위) 손상 분류표

약관에 규정하는 상해 근골격계(손·손목 부위) 손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 손목의 탈구	S63.0
2. 손가락의 탈구	S63.1
3. 손가락의 다발탈구	S63.2
4. 손목 및 수근골 인대의 외상성 파열	S63.3
5. 중수지골 및 지골간 관절에서 손가락인대의 외상성 파열	S63.4
6. 손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
7. 손목 및 손 부위의 혈관의 손상	S65
8. 손목 및 손 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S66
9. 손목 및 손의 으깸손상	S67
10. 손목 및 손의 외상성 절단	S68

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표40】 상해 근골격계(발·발목·다리 부위) 손상 분류표

약관에 규정하는 상해 근골격계(발·발목·다리 부위) 손상으로 분류되는 상병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 상병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 고관절의 탈구	S73.0
2. 엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
3. 엉덩이 및 대퇴 부위의 혈관의 손상	S75
4. 엉덩이 및 대퇴 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S76
5. 엉덩이 및 대퇴의 으깸손상	S77
6. 엉덩이 및 대퇴의 외상성 절단	S78
7. 무릎뼈의 탈구	S83.0
8. 무릎의 탈구	S83.1
9. 현존 반달연골의 찢김	S83.2
10. 현존 무릎관절연골의 찢김	S83.3
11. 외측측부인대의 파열	S83.42
12. 내측측부인대의 파열	S83.43
13. 전십자인대의 파열	S83.52
14. 후십자인대의 파열	S83.53
15. 무릎의 다발성 구조의 손상	S83.7
16. 아래다리 부위의 신경손상	S84
17. 아래다리 부위의 혈관의 손상	S85
18. 아래다리 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S86
19. 아래다리의 으깸손상	S87
20. 아래다리의 외상성 절단	S88
21. 발목관절의 탈구	S93.0

분 류 항 목	분류번호
22. 발가락의 탈구	S93.1
23. 발목 및 발 부위의 인대의 파열	S93.2
24. 발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
25. 발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
26. 발목 및 발 부위의 혈관의 손상	S95
27. 발목 및 발 부위의 근육 및 힘줄의 손상	S96
28. 발목 및 발의 으깸손상	S97
29. 발목 및 발의 외상성 절단	S98
30. 다리의 여러 부위를 침범한 탈구, 염좌 및 긴장	T03.3
31. 다리의 여러 부위를 침범한 으깸손상	T04.3
32. 양쪽 발의 외상성 절단	T05.3
33. 한쪽 발 및 다른 쪽 다리의 외상성 절단[발을 제외한 모든 부위]	T05.4
34. 양쪽 다리의 외상성 절단[모든 부위]	T05.5
35. 다리의 상세불명 부위의 상세불명 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	T13.2
36. 다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
37. 다리의 상세불명 부위의 상세불명 혈관의 손상	T13.4
38. 다리의 상세불명 부위의 상세불명 근육 및 힘줄의 손상	T13.5
39. 다리의 상세불명 부위의 외상성 절단	T13.6

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 상병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표41-1】 급여 창상봉합술(3/5cm미만) 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술(3/5cm 미만, 급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제 2 부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제 9 장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목		수가코드
안면 또는 경부	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 1.5cm 미만)	S0021
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만)	S0022
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이 1.5cm 미만)	SA021
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만)	SA022
안면과 경부 이외	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이 2.5cm 미만)	SB021
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만)	SB022
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이 2.5cm 미만)	SC021
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만)	SC022

【별표 41-2】 급여 창상봉합술 대상 수가코드

약관에 규정하는 창상봉합술(급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제 2 부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제 9 장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분류항목		수가코드
안면 또는 경부	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 3.0cm 이상 ~5.0cm 미만)	S0027
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 5.0cm 이상 ~7.5cm 미만)	S0028
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 7.5cm 이상 ~10.0cm 미만)	S0029
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,표재성,길이 10cm 이상, 5cm 마다 추가)	S0030
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이 1.5cm 미만)	S0031
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이 1.5cm 이상 ~3.0cm 미만)	S0032
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이 3.0cm 이상 ~5.0cm 미만)	S0037
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이 5.0cm 이상 ~7.5cm 미만)	S0038
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이 7.5cm 이상 ~10.0cm 미만)	S0039

분류항목		수가코드
	창상봉합술(안면또는경부,단순봉합,근육,길이 10cm 이상, 5cm 마다 추가)	S0040
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만)	SA027
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만)	SA028
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만)	SA029
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,표재성,길이 10cm 이상, 5cm 마다 추가)	SA030
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이 1.5cm 미만)	SA031
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이 1.5cm 이상~3.0cm 미만)	SA032
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이 3.0cm 이상~5.0cm 미만)	SA037
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이 5.0cm 이상~7.5cm 미만)	SA038
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이 7.5cm 이상~10.0cm 미만)	SA039
	창상봉합술(안면또는경부,변연절제포함,근육,길이 10cm 이상, 5cm 마다 추가)	SA040
안면과 경부 이외	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만)	SB029
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,표재성,길이 10cm 이상, 10cm 마다 추가)	SB030
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이 2.5cm 미만)	SB031
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만)	SB032
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만)	SB039

분류항목		수가코드
	창상봉합술(안면과경부이외,단순봉합,근육,길이 10cm 이상, 10cm 마다 추가)	SB040
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만)	SC029
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,표재성,길이 10cm 이상, 10cm 마다 추가)	SC030
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이 2.5cm 미만)	SC031
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이 2.5cm 이상~5.0cm 미만)	SC032
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이 5.0cm 이상~10.0cm 미만)	SC039
	창상봉합술(안면과경부이외,변연절제포함,근육,길이 10cm 이상, 10cm 마다 추가)	SC040

【별표 42】 자동차사고 부상등급표

아래의 부상등급은 자동차손해배상보장법시행령 제 3 조 제 1 항 2 호와 관련되며, 법령 변경시 변경된 내용을 적용합니다.

구분	상해내용
1 급	1. 수술 여부와 상관없이 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48 시간 이상 지속되는 경우에 적용한다) 2. 양안 안구 파열로 안구 적출술 또는 안구내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 3. 심장 파열로 수술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술 또는 스탠트그라프트 삽입술을 시행한 상해 5. 척주 손상으로 완전 사지마비 또는 완전 하반신마비를 동반한 상해 6. 척수 손상을 동반한 불안정성 방출성 척추 골절 7. 척수 손상을 동반한 척추 신연손상 또는 전위성(회전성) 골절 8. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 9. 상완부 완전 절단(주관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 10. 불안정성 골반골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행한 상해 12. 대퇴부 완전 절단(슬관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 골의 분절 소실로 유리생골 이식술을 시행한 상해(근육, 근막 또는 피부 등 연부 조직을 포함한 경우에 적용한다) 14. 화상・좌창・괴사창 등 연부 조직의 심한 손상이 몸 표면의 9 퍼센트 이상인 상해 15. 그 밖에 1 급에 해당한다고 인정되는 상해
2 급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48 시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 흉부 기관, 기관지 파열, 폐 손상 또는 식도 손상으로 절제술을 시행한 상해 3. 내부 장기 손상으로 장기의 일부분이라도 적출 수술을 시행한 상해 4. 신장 파열로 수술한 상해

	5. 척주 손상으로 불완전 사지마비를 동반한 상해 6. 신경 손상 없는 불안정성 방출성 척추 골절로 수술적 고정술을 시행한 상해 또는 경추 골절(치돌기 골절을 포함한다) 또는 탈구로 할로베스트나 수술적 고정술을 시행한 상해 7. 상완 신경총 상부간부 또는 하부간부의 완전 손상으로 수술을 시행한 상해 8. 전완부 완전 절단(완관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 9. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행한 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다) 10. 대퇴 골두 골절로 수술을 시행한 상해 11. 대퇴골 경부 분쇄 골절, 전자하부 분쇄 골절, 과부 분쇄 골절, 경골 과부 분쇄 골절 또는 경골 원위 관절내 분쇄 골절 12. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 13. 하퇴부 완전 절단(족관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 사지 연부 조직에 손상이 심하여 유리 피판술을 시행한 상해 15. 그 밖에 2 급에 해당한다고 인정되는 상해
3 급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48 시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도인 상해(신경학적 증상이 48 시간 이상 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 단안 안구 적출술 또는 안구 내용 제거술과 의안 삽입술을 시행한 상해 4. 흉부 대동맥 손상 또는 이에 준하는 대혈관 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 절제술을 제외한 개흉 또는 흉강경 수술을 시행한 상해(진단적 목적으로 시행한 경우는 4 급에 해당한다) 6. 요도 파열로 요도 성형술 또는 요도 내시경을 이용한 요도 절개술을 시행한 상해 7. 내부 장기 손상(장간막 파열을 포함한다)으로 장기 적출 없이 재건수술 또는 지혈수술 등을 시행한 상해 8. 척주 손상으로 불완전 하반신마비를 동반한 상해 9. 견관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 10. 상완부 완전 절단(주관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 11. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해

	12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 13. 대퇴골 또는 경골 골절(대퇴골 골두 골절은 제외한다) 14. 대퇴부 완전 절단(슬관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 15. 슬관절의 전방 및 후방 십자인대의 파열 16. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 17. 족근관절의 손상으로 족근골의 완전탈구가 동반된 상해 18. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 19. 그 밖에 3급에 해당한다고 인정되는 상해
4급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 고도인 상해(신경학적 증상이 48시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 각막 이식술을 시행한 상해 3. 후안부 안내 수술을 시행한 상해(유리체 출혈, 망막 박리 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 흉부 손상 또는 복합 손상으로 인공호흡기를 시행한 상해(기관절개술을 시행한 경우도 포함한다) 5. 진단적 목적으로 복부 또는 흉부 수술을 시행한 상해(복강경 또는 흉강경 수술도 포함한다) 6. 상완신경총 완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 상완신경총 불완전 손상(2개 이상의 주요 말초신경 장애를 보이는 손상에 적용한다)으로 수술을 시행한 상해 8. 상완골 경부 골절 9. 상완골 간부 분쇄성 골절 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절, 내과 골절, 소두 골절에 적용한다)로 수술을 시행한 상해 11. 요골 원위부 골절과 척골 골두 탈구가 동반된 상해(갈레아찌 골절을 말한다) 12. 척골 근위부 골절과 요골 골두 탈구가 동반된 상해(몬테지아 골절을 말한다) 13. 전완부 완전 절단(완관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 14. 요수근관절 골절 및 탈구(수근골간 관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 15. 수근골 골절 및 탈구가 동반된 상해 16. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해

	17. 불안정성 골반골 골절로 수술하지 않은 상해 18. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행한 상해 19. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행한 상해 20. 비구 골절 또는 비구 골절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 슬관절 탈구로 수술을 시행한 상해 22. 하퇴부 완전 절단(족관절부 이단을 포함한다) 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 거골 또는 종골 골절 24. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 25. 사지의 연부 조직에 손상이 심하여 유경 피판술 또는 원거리 피판술을 시행한 상해 26. 화상, 좌창, 괴사창 등으로 연부 조직의 손상이 몸 표면의 약 4.5 퍼센트 이상인 상해 27. 그 밖에 4 급에 해당한다고 인정되는 상해
5 급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48 시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 안와 골절에 의한 복시로 안와 골절 재건술과 사시 수술을 시행한 상해 3. 복강내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해 4. 안정성 추체 골절 5. 상완 신경총 상부 간부 또는 하부 간부의 완전 손상으로 수술하지 않은 상해 6. 상완골 간부 골절 7. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행한 상해 8. 요골과 척골의 간부 골절이 동반된 상해 9. 요골 경상돌기 골절 10. 요골 원위부 관절내 골절 11. 수근 주상골 골절 12. 수근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 13. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 14. 고관절의 골절성 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해(비구 골절을 동반하지 않은 경우에 적용한다)

	15. 고관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 대퇴골두 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 대퇴골 또는 근위 경골의 견열골절 18. 슬관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 슬관절의 전방 또는 후방 십자인대의 파열 20. 슬개골 골절 21. 족관절의 양과 골절 또는 삼과 골절(내과, 외과, 후과를 말한다) 22. 족관절 탈구로 수술을 시행한 상해 23. 그 밖의 족근골 골절(거골 및 종골은 제외한다) 24. 중족족근관절 손상(리스프랑 관절을 말한다) 25. 3 개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 26. 족근부 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 27. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행한 상해 28. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행한 상해 29. 사지 근 또는 건 파열로 6 개 이상의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 30. 다발성 사지의 주요 혈관 손상으로 봉합술 또는 이식술을 시행한 상해 31. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 32. 23 치 이상의 치과보철을 필요로 하는 상해 33. 그 밖에 5 급에 해당한다고 인정되는 상해
6 급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행한 경우에 적용한다) 2. 뇌손상으로 신경학적 증상이 중등도에 해당하는 상해(신경학적 증상이 48 시간 미만 지속되는 경우로 수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 3. 전안부 안내 수술을 시행한 상해(외상성 백내장, 녹내장 등으로 수술을 시행한 경우에 적용한다) 4. 심장 타박 5. 폐좌상(일측 폐의 50 퍼센트 이상 면적을 흉부 CT 등에서 확인한 경우에 한정한다) 6. 요도 파열로 유치 카테타, 부지 삽입술을 시행한 상해 7. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행한 상해 8. 견관절의 회전근개 파열로 수술을 시행한 상해 9. 외상성 상부관절와순 파열로 수술을 시행한 상해 10. 견관절 탈구로 수술을 시행한 상해

	11. 견관절의 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 상완골 대결절 견열 골절 13. 상완골 원위부 견열골절(외상과 골절, 내상과 골절 등에 해당한다) 14. 주관절부 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 15. 주관절 탈구로 수술을 시행한 상해 16. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행한 상해 17. 요골간부 또는 원위부 관절외 골절 18. 요골 경부 골절 19. 척골 주두부 골절 20. 척골 간부 골절(근위부 골절은 제외한다) 21. 다발성 수근중수골 관절 탈구 또는 다발성 골절탈구 22. 무지 또는 다발성 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 23. 슬관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 슬관절 내측 또는 외측 측부인대 파열로 수술을 시행한 상해 25. 반월상 연골 파열로 수술을 시행한 상해 26. 족관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 27. 족관절 내측 또는 외측 측부인대의 파열 또는 골절을 동반하지 않은 원위 경비골 이개 28. 2개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행한 상해 29. 무족지 또는 다발성 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 30. 사지 근 또는 건 파열로 3개 이상 5개 이하의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 31. 19치 이상 22치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 32. 그 밖에 6급에 해당한다고 인정되는 상해
7급	1. 다발성 안면 두개골 골절 또는 뇌신경 손상과 동반된 안면 두개골 골절 2. 복시를 동반한 마비 또는 제한 사시로 사시수술을 시행한 상해 3. 안와 골절로 재건술을 시행한 상해 4. 골다공증성 척추 압박골절 5. 쇄골 골절 6. 견갑골 골절(견갑골극, 체부, 흉곽내 탈구, 경부, 과부, 견봉돌기, 오구돌기를 포함한다) 7. 견봉 쇄골인대 및 오구 쇄골인대 완전 파열 8. 상완신경총 불완전 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해

	9. 요골 골두 또는 척골 구상돌기 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 척골 경상돌기 기저부 골절 11. 삼각섬유연골 복합체 손상 12. 요수근관절 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행한 상해 13. 요수근관절 골절 및 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 주상골 외 수근골 골절 15. 수근부 주상골·월상골간 인대 파열 16. 수근중수골 관절의 탈구 또는 골절탈구 17. 다발성 중수골 골절 18. 중수수지관절의 골절 및 탈구 19. 무지를 제외한 단일 수지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 20. 골반골 관절의 이개로 수술을 시행하지 않은 상해 21. 고관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 비골 간부 골절 또는 골두 골절 23. 족관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 24. 족관절 내과, 외과 또는 후과 골절 25. 무족지를 제외한 단일 족지의 완전 절단 소실로 재접합술을 시행하지 않은 상해 26. 16 치 이상 18 치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 27. 그 밖에 7 급에 해당한다고 인정되는 상해
8 급	1. 뇌손상으로 신경학적 증상이 경도인 상해(수술을 시행하지 않은 경우에 적용한다) 2. 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절 3. 외상성 시신경병증 4. 외상성 안검하수로 수술을 시행한 상해 5. 복합 고막 파열 6. 혈흉 또는 기흉이 발생하여 폐쇄식 흉관 삽관수술을 시행하지 않은 상해 7. 3 개 이상의 다발성 늑골 골절 8. 각종 돌기 골절(극돌기, 횡돌기) 또는 후궁 골절 9. 견관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 상완골 과상부 또는 상완골 원위부 관절내 골절(경과 골절, 과간 골절. 내과 골절, 소두 골절 등을 말한다)로 수술을 시행하지 않은 상해

	11. 주관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 12. 중수골 골절 13. 수지골의 근위지간 또는 원위지간 골절 탈구 14. 다발성 수지골 골절 15. 무지 중수지관절 측부인대 파열 16. 골반환이 안정적인 골반골 골절(천골 골절 및 미골 골절을 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 슬관절 십자인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 18. 3 개 이상의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 19. 수족지골 골절 및 탈구로 수술을 시행한 상해 20. 사지의 근 또는 건 파열로 하나 또는 두 개의 근 또는 건 봉합술을 시행한 상해 21. 사지의 주요 말초 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 22. 사지의 감각 신경 손상으로 수술을 시행한 상해 23. 사지의 다발성 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 24. 사지의 연부 조직 손상으로 피부 이식술이나 국소 피판술을 시행한 상해 25. 13 치 이상 15 치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 26. 그 밖에 8 급에 해당한다고 인정되는 상해
9 급	1. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행한 상해 2. 2 개 이하의 단순 늑골골절 3. 고환 손상으로 수술을 시행한 상해 4. 음경 손상으로 수술을 시행한 상해 5. 흉골 골절 6. 추간판 탈출증 7. 흉쇄관절 탈구 8. 주관절 내측 또는 외측 측부 인대 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 요수근관절 탈구(수근골간관절 탈구, 원위 요척관절 탈구를 포함한다)로 수술을 시행하지 않은 상해 10. 수지골 골절로 수술을 시행한 상해 11. 수지관절 탈구 12. 슬관절 측부인대 부분 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 13. 2 개 이하의 중족골 골절로 수술을 시행하지 않은 상해 14. 족지골 골절 또는 족지관절 탈구로 수술을 시행한 상해 15. 그 밖에 견열골절 등 제불완전골절

	16. 아킬레스건, 슬개건, 대퇴 사두건 또는 대퇴 이두건 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 17. 수족지 신전건 1 개의 파열로 건 봉합술을 시행한 상해 18. 사지의 주요 혈관손상으로 봉합술 혹은 이식술을 시행한 상해 19. 11 치 이상 12 치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 20. 그 밖에 9 급에 해당한다고 인정되는 상해
10 급	1. 3cm 이상 안면부 열상 2. 안검과 누소관 열상으로 봉합술과 누소관 재건술을 시행한 상해 3. 각막, 공막 등의 열상으로 일차 봉합술만 시행한 상해 4. 견관절부위의 회전근개 파열로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 외상성 상부관절와순 파열 중 수술을 시행하지 않은 상해 6. 수족지관절 골절 및 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 하지 3 대 관절의 혈관절증 8. 연부조직 또는 피부 결손으로 수술을 시행하지 않은 상해 9. 9 치 이상 10 치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 10. 그 밖에 10 급에 해당한다고 인정되는 상해
11 급	1. 뇌진탕 2. 안면부의 비골 골절로 수술을 시행하지 않는 상해 3. 수지골 골절 또는 수지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 4. 족지골 골절 또는 족지관절 탈구로 수술을 시행하지 않은 상해 5. 6 치 이상 8 치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 6. 그 밖에 11 급에 해당한다고 인정되는 상해
12 급	1. 외상 후 급성 스트레스 장애 2. 3cm 미만 안면부 열상 3. 척추 염좌 4. 사지 관절의 근 또는 건의 단순 염좌 5. 사지의 열상으로 창상 봉합술을 시행한 상해(길이에 관계없이 적용한다) 6. 사지 감각 신경 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해 7. 4 치 이상 5 치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 8. 그 밖에 12 급에 해당한다고 인정되는 상해
13 급	1. 결막의 열상으로 일차 봉합술을 시행한 상해 2. 단순 고막 파열 3. 흉부 타박상으로 늑골 골절 없이 흉부의 동통을 동반한 상해 4. 2 치 이상 3 치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 13 급에 해당한다고 인정되는 상해

14 급	1. 방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부장기 손상(장간막파열을 포함한다)으로 수술을 시행하지 않은 상해 2. 수족지 관절 염좌 3. 사지의 단순 타박 4. 1 치 이하의 치과보철을 필요로 하는 상해 5. 그 밖에 14 급에 해당한다고 인정되는 상해

* 영역별 세부 판정기준에 관해서는 자동차손해배상보장법시행령 [별표 1]의 영역별 세부지침을 따릅니다.

【별표43】 인공호흡기(12시간초과) 치료(급여) 분류표

약관에서 규정하는 인공호흡기(12 시간초과) 치료(급여)는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제 2 부(행위 급여 목록.상대가치점수 및 산정지침)의 제 9 장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 인공호흡[기관내삽관료별도]-12 시간초과 1 일당	M5860
2. 인공호흡[기관내삽관료별도]-12 시간초과 1 일당(신생아 중환자실에서 고빈도 진동 호흡모드 이용)	M0860

【별표44】 저체온요법 치료(급여) 분류표

약관에서 규정하는 저체온요법 치료(급여)는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제 2 부(행위 급여 목록.상대가치점수 및 산정지침)의 제 9 장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 치료적저체온요법[1 일당]	M5970
2. 선택적 두부 저체온 요법	M5990
3. 선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1 일당	M5991

【별표45】 부목치료 대상 수가코드

약관에 규정하는 부목치료(Splint Cast)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제 2 부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제 9 장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

구 분	분 류 항 목	수가코드
부목치료 (Splint Cast)	부목-장상지[상완으로부터 수부까지]	T6151
	부목-단상지[전완으로부터 수부까지]	T6152
	부목-장하지[대퇴로부터 족부까지]	T6153
	부목-단상지[하퇴로부터 족부까지]	T6154
	부목-수지부	T6155

【별표46】 재활치료(단순재활)(급여) 분류표

약관에서 규정하는 재활치료(단순재활)(급여)는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제 2 부(행위 급여 목록.상대가치점수 및 산정지침)의 제 7 장(이학요법료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 수치료-증기욕치료[1 일당]	MM041
2. 파라핀욕[1 일당]	MM042
3. 수치료-정규욕조치료[1 일당]	MM043
4. 수치료-회전욕치료(수,족,지)[1 일당]	MM044
5. 수치료-회전욕치료(전신)[1 일당]	MM045
6. 수치료-하버드탱크치료[1 일당]	MM046
7. 수치료-대조욕치료[1 일당]	MM049
8. 간헐적견인치료-경추견인	MM051
9. 간헐적견인치료-골반견인	MM052
10. 전기자극치료-마비근 치료	MM060
11. 전기자극치료-근력강화 치료	MM061
12. 재활저출력레이저치료[1 일당]	MM085
13. 운동치료-복합운동치료[1 일당]	MM102
14. 운동치료-등속성운동치료[1 일당]	MM103
15. 운동점차단술[근육당]	MM161
16. 유속치료[1 일당]	MM170
17. 압박치료[1 일당]	MM190
18. 복합림프물리치료[1 일당]	MM200

분 류 항 목	수가코드
19. 이온삼투요법	MX121

【별표47】 재활치료(전문재활)(급여) 분류표

약관에서 규정하는 재활치료(전문재활)(급여)는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제 2 부(행위 급여 목록.상대가치점수 및 산정지침)의 제 7 장(이학요법료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 풀치료-보행풀[1 일당]	MM047
2. 풀치료-전신풀[1 일당]	MM048
3. 중추신경계발달재활치료	MM105
4. 작업치료-단순작업치료	MM111
5. 작업치료-복합작업치료	MM112
6. 작업치료-특수작업치료	MM113
7. 일상생활동작훈련치료[1 일당]	MM114
8. 신경인성방광훈련치료	MM120
9. 근막동통유발점주사자극치료[1 일당]	MM131
10. 근막동통유발점주사자극치료[1 일당]-2 부위이상각각실시	MM132
11. 재활사회사업-개인력조사	MM141
12. 재활사회사업-사회사업상담	MM142
13. 재활사회사업-가정방문	MM143
14. 기능적전기자극치료	MM151
15. 호흡재활치료[1 일당]	MM290
16. 재활기능치료-매트및이동치료	MM301
17. 재활기능치료-보행치료	MM302

분 류 항 목	수가코드
18. 재활기능치료-보행치료(뇌졸중 환자에게 로봇을 사용한 보행훈련)	MM304
19. 연하장애재활치료	MX141
20. 연하재활 기능적전기자극치료	MZ008

【별표48】 골·관절 도수정복술(급여) 분류표

약관에 규정하는 골·관절 도수정복술(급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제 2 부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제 9 장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 척추골절 및 탈구의 도수정복술	N0630
2. 사지골절도수정복술[골반골, 대퇴골]	N0641
3. 사지골절도수정복술[상완골, 하퇴골]	N0642
4. 사지골절도수정복술[전완골]	N0643
5. 사지골절도수정복술[수근골, 족근골]	N0644
6. 사지골절도수정복술[중수골, 중족골, 지골]	N0645
7. 관절탈구 도수정복술[고관절]	N0761
8. 관절탈구 도수정복술[견관절]	N0762
9. 관절탈구 도수정복술[주관절, 슬관절]	N0763
10. 관절탈구 도수정복술[완관절, 족관절, 지관절]	N0764
11. 관절탈구 도수정복술[요골골두 아탈구]	N0765

【별표49】 철심제거술(급여) 분류표

약관에 규정하는 철심제거술(급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제 2 부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제 9 장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 체내고정용금속제거술[골반골, 대퇴골]	N0972
2. 체내고정용금속제거술[상완골, 견갑골]	N0973
3. 체내고정용금속제거술[전완골, 하퇴골] (요척골 동시, 경비골 동시)	N0974
4. 체내고정용금속제거술[쇄골, 슬개골, 수근골, 족근골]	N0975
5. 체내고정용금속제거술[중수골, 중족골, 지골]	N0976
6. 체내고정용금속제거술[전완골, 하퇴골] (요골과 척골중하나, 경골과 비골중 하나)	N0977
7. 체내고정용금속제거술(골에 삽입한 금속핀이나 금속정 등을 간단히 제거한 경우 근막절개 하에 실시한 경우)	N0978
8. 체내고정용금속제거술(골에 삽입한 금속핀이나 금속정 등을 간단히 제거한 경우 근막절개 없이 실시한 경우)	N0979

【별표50】 골·관절 고정술(급여) 분류표

약관에 규정하는 골·관절 고정술(급여)로 분류되는 치료는 보건복지부가 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」제 2 부(행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침)이 제 9 장(처치 및 수술료) 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말하며, 이후에 보건복지부에서 고시하는「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」개정에 따라 수가코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다. 다만, 의료행위당시의「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 수가코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 의료행위 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

분 류 항 목	수가코드
1. 절골술 및 체내금속고정술[요골과 척골중 하나, 경골과 비골중 하나]	N0304
2. 절골술 및 체내금속고정술[대퇴골]	N0305
3. 절골술 및 체내금속고정술[상완골]	N0306
4. 절골술 및 체내금속고정술[요척골 동시, 경비골 동시]	N0307
5. 절골술 및 체내금속고정술[수근골, 족근골]	N0318
6. 절골술 및 체내금속고정술[중수골, 중족골, 지골]	N0319
7. 관절고정술[고관절]	N0731
8. 관절고정술[주관절, 완관절, 족관절]	N0733
9. 관절고정술[지관절]	N0734
10. 관절고정술[주관절, 완관절, 족관절] (족관절에 삼중관절고정술을 실시한 경우)	N0735
11. 관절고정술[주관절, 완관절, 족관절] (복잡기준에 해당하는 경우)	N0736
12. 관절고정술[주관절, 완관절, 족관절] (족관절에 삼중관절고정술을 실시, 시술이 복잡기준에 해당하는 경우)	N0737

분 류 항 목	수가코드
13. 관절고정술[견관절]	N0738
14. 관절고정술[슬관절]	N0739
15. 체외금속 고정술[골반골, 대퇴골]	N0981
16. 체외금속 고정술[상완골, 하퇴골]	N0982
17. 체외금속 고정술[전완골]	N0983
18. 체외금속 고정술[수근골, 족근골]	N0984
19. 체외금속 고정술[중수골, 중족골, 지골]	N0985
20. 체외금속 고정술[상완골, 하퇴골] (복잡기준에 해당하는 경우)	N0986

【별표51】 CT검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 CT 검사(급여)로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 다음 급여 항목에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의 료 행 위	급여항목
일반 전산화단층영상진단(CT)	다-245

【별표52】 MRI검사(급여) 분류표

약관에 규정하는 MRI 검사(급여)로 분류되는 의료행위는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」에서 정한 분류항목 중 다음 급여 항목에 해당하는 의료행위를 말합니다.

의 료 행 위	급여항목
자기공명영상진단(MRI)	다-246

【별표53】 특정 관절, 연골 및 인대 관련질환 분류표

약관에 규정하는 특정 관절, 연골 및 인대 관련질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 외상성 관절병증	M12.5
2. 양쪽 외상후 고관절증	M16.4
3. 기타 외상후 고관절증	M16.5
4. 제 1 수근중수관절의 양쪽 외상후 관절증	M18.2
5. 제 1 수근중수관절의 기타 외상후 관절증	M18.3
6. 기타 관절의 외상후 관절증	M19.1
7. 관절안의 유리체	M24.0
8. 기타 관절연골장애	M24.1
9. 인대장애	M24.2
10. 달리 분류되지 않은 관절의 병적 탈구 및 불완전탈구	M24.3
11. 관절의 재발성 탈구 및 불완전탈구	M24.4

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표54】 특정 근육 및 힘줄 관련질환 분류표

약관에 규정하는 특정 근육 및 힘줄 관련질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 감염성 근염	M60.0
2. 간질성 근염	M60.1
3. 달리 분류되지 않은 연조직의 이물육아종	M60.2
4. 기타 근염	M60.8
5. 상세불명의 근염	M60.9
6. 외상성 골화근염	M61.0
7. 근육의 마비성 석회화 및 골화	M61.2
8. 화상과 관련된 근육의 석회화 및 골화증	M61.3
9. 근육의 기타 석회화	M61.4
10. 근육의 기타 골화	M61.5
11. 근육의 상세불명의 석회화 및 골화	M61.9
12. 근육의 분리	M62.0
13. 근육의 기타 파열(비외상성)	M62.1
14. 근육의 허혈경색증	M62.2
15. 근육의 구축	M62.4
16. 석회성 힘줄염	M65.2
17. 방아쇠손가락	M65.3
18. 윤활막의 파열	M66.1
19. 신근힘줄의 자연파열	M66.2
20. 굴근힘줄의 자연파열	M66.3
21. 기타 힘줄의 자연파열	M66.4
22. 상세불명의 힘줄의 자연파열	M66.5
23. 힘줄(집)의 기타 구축	M67.1

분 류 항 목	분류번호
24. 달리 분류되지 않은 윤활막의 비대	M67.2
25. 일과성 윤활막염	M67.3
26. 결절종	M67.4
27. 윤활막 및 힘줄의 기타 명시된 장애	M67.8
28. 윤활막 및 힘줄의 상세불명 장애	M67.9

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표55】 특정 뼈 및 조직 관련질환 분류표

약관에 규정하는 특정 뼈 및 조직 관련질환으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 손 및 손목의 만성 염발음윤활막염	M70.0
2. 손의 윤활낭염	M70.1
3. 주두윤활낭염	M70.2
4. 팔꿈치의 기타 윤활낭염	M70.3
5. 대퇴골돌기윤활낭염	M70.6
6. 고관절의 기타 윤활낭염	M70.7
7. 사용, 과용 및 압박에 관련된 기타 연조직장애	M70.8
8. 사용, 과용 및 압박에 관련된 상세불명의 연조직장애	M70.9
9. 기타 윤활낭낭	M71.3
10. 윤활낭의 칼슘침착	M71.4
11. 섬유모세포장애	M72
12. 어깨병변	M75
13. 둔부힘줄염	M76.0
14. 요근힘줄염	M76.1
15. 장골능돌기	M76.2
16. 장경골띠증후군	M76.3
17. 경골측부 윤활낭염[펠레그리니-스티다]	M76.4
18. 아킬레스힘줄염	M76.6
19. 비골힘줄염	M76.7
20. 발을 제외한 다리의 기타 골부착부병증	M76.8
21. 상세불명의 다리의 골부착부병증	M76.9
22. 내측상과염	M77.0
23. 외측상과염	M77.1

분 류 항 목	분류번호
24. 손목의 관절주위염	M77.2
25. 종골돌기	M77.3
26. 중족골통	M77.4
27. 발의 기타 골부착부병증	M77.5
28. 달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증	M77.8
29. 상세불명의 골부착부병증	M77.9
30. 골연속성의 장애	M84
31. 뼈의 특발성 무균괴사	M87.0
32. 이전의 외상에 의한 골괴사	M87.2

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표56】 특정 무릎 다빈도질환(러너스니) 분류표

약관에 규정하는 특정 무릎 다빈도질환(러너스니)으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병의 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 양쪽 외상후 무릎관절증	M17.2
2. 기타 외상후 무릎관절증	M17.3
3. 무릎뼈의 장애	M22
4. 무릎의 내부장애	M23
5. 무릎뼈앞윤활낭염	M70.4
6. 무릎의 기타 윤활낭염	M70.5
7. 오금의 윤활막낭[베이커]	M71.2
8. 무릎뼈힘줄염	M76.5

주) 1. 제 10 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

<참고> 약관에서 인용된 법·규정

(아래의 법규가 변경되는 경우 변경된 내용을 따릅니다.)

[법규 1] 의료법
[법규 2] 전자서명법
[법규 3] 민법
[법규 4] 상법
[법규 5] 개인정보 보호법
[법규 6] 개인정보 보호법 시행령
[법규 7] 보험업법
[법규 8] 보험업법 시행령
[법규 9] 보험업 감독규정
[법규 10] 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
[법규 11] 약사법
[법규 12] 장기등 이식에 관한 법률
[법규 13] 소득세법
[법규 14] 소득세법 시행령
[법규 15] 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙
[법규 16] 관공서의 공휴일에 관한 규정
[법규 17] 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률
[법규 18] 국민건강보험법
[법규 19] 국민건강보험법 시행령
[법규 20] 의료급여법
[법규 21] 의료급여법 시행령
[법규 22] 지역보건법
[법규 23] 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법
[법규 24] 장애인복지법
[법규 25] 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률
[법규 26] 산업재해보상보험법 시행규칙
[법규 27] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률
[법규 28] 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

*** 약관에서 인용한 법·규정은 2023 년 6 월 기준으로 작성되었습니다.**

[법규 1]

의료법

내용
제 2 조(의료인) ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.> ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다. <개정 2015. 12. 29., 2019. 4. 23.> 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다. 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다. 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다. 4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다. 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다. 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동 라. 제 80 조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도 **제 3 조(의료기관)** ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009. 1. 30., 2011. 6. 7., 2016. 5. 29., 2019. 4. 23., 2020. 3. 4.>

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」제 3 조제 5 호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009. 1. 30., 2010. 1. 18.>

제 3 조의 2(병원등)

병원・치과병원・한방병원 및 요양병원(이하 "병원등"이라 한다)은 30 개 이상의 병상(병원・한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제 3 조의 3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>

1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과・외과・소아청소년과・산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제 1 항제 2 호 또는 제 3 호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치・운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제 3 조의 4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제 77 조제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력・시설・장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

⑤ 상급종합병원 지정・재지정의 기준・절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18.>

[본조신설 2009. 1. 30.]

제 3 조의 5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

② 제 1 항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

1. 특정 질환별・진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제 2 항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3 년마다 제 3 항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>

⑤ 보건복지부장관은 제 1 항 또는 제 4 항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제 1 호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다. <신설 2015. 1. 28.>

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제 4 항에 따른 평가 결과 제 2 항 각 호의 요건을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우

⑥ 보건복지부장관은 제 3 항 및 제 4 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>

⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>

[본조신설 2009. 1. 30.]

[법규 2]

전자서명법

내용
제 2 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. (생략)

2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

[2020.6.9. 전부개정]

[법규 3]

민법

내용
제 27 조(실종의 선고) 부재자의 생사가 5 년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다. 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1 년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.<개정 1984.4.10.> **제 777 조(친족의 범위)** 친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다. 1. 8 촌이내의 혈족 2. 4 촌이내의 인척 3. 배우자 [전문개정 1990.1.13.] **제 1000 조(상속의 순위)** ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4 촌 이내의 방계혈족

② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

[법규 4]

상법

내용
제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약해지) 보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.<개정 1991.12.31.> **제 651 조의 2(서면에 의한 질문의 효력)** 보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다. [본조신설 1991.12.31.] **제 657 조(보험사고발생의 통지의무)** ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.

② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제 1 항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>

[법규 5]

개인정보 보호법

내용
제 15 조(개인정보의 수집·이용) ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다. 1. 정보주체의 동의를 받은 경우 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우 5. 명백히 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다. 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우 ② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3 자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제 15 조제 1 항제 2 호, 제 3 호 및 제 5 호부터 제 7 호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ <삭제>

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제 22 조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 22 조의 2 제 1 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>

1. 제 15 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제 17 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제 18 조제 2 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제 19 조제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제 23 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
6. 제 24 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집・이용 목적, 수집・이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다. <신설 2017. 4. 18., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제 30 조제 2 항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다. <개정 2016. 3. 29., 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>

④ 삭제 <2023. 3. 14.>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 1 항제 3 호 및 제 7 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>

⑥ 삭제 <2023. 3. 14.>

⑦ 제 1 항부터 제 5 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14.>

[시행일: 2023. 9. 15.]

제 24 조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제 <2013. 8. 6.>

③ 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실・도난・유출・위조・변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <개정 2015. 7. 24.>

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류・규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제 3 항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제 4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

[법규 6]

개인정보 보호법 시행령

내용
제 17 조(동의를 받는 방법) ① 개인정보처리자는 법 제 22 조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다. 1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법 2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법 3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법

4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법

5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의 의사표시가 적힌 전자우편 을 받는 방법

6. 그 밖에 제 1 호부터 제 5 호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 법 제 22 조제 2 항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2017. 10. 17.>

1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실

2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항

가. 제 18 조에 따른 민감정보

나. 제 19 조제 2 호부터 제 4 호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)

4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

③ 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제 18 조제 2 항제 1 호 및 제 22 조제 4 항에 따른 동의를 받거나 법 제 22 조제 3 항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 확인할 수 있도록 선택적으로 동의할 수 있는 사항 외의 사항과 구분하여 표시하여야 한다. <신설 2015. 12. 30., 2017. 10. 17.>

④ 개인정보처리자는 법 제 22 조제 6 항에 따라 만 14 세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의

성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다. <개정 2015. 12. 30., 2017. 10. 17.>

⑤ 중앙행정기관의 장은 제 1 항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제 12 조제 2 항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다. <개정 2015. 12. 30., 2017. 10. 17.>

[법규 7]

보험업법

내용
제 2 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015. 7. 31.> 1~18. (생략) 19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다. 가. 국가 나. 한국은행 다. 대통령령으로 정하는 금융기관 라. 주권상장법인 마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자 20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

[전문개정 2010. 7. 23.]

[법규 8]

보험업법 시행령

내용

제 6 조의 2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제 2 조제 19 호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제 2 항제 15 호에 해당하는 자
4. 제 3 항제 15 호, 제 16 호 및 제 18 호에 해당하는 자

② 법 제 2 조제 19 호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제 22 조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사

12.「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행

13.「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행

14.「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행

15. 제 1 호부터 제 14 호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제 2 조제 19 호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. <개정 2013. 8. 27., 2014. 3. 24., 2016. 3. 11., 2016. 5. 31. , 2021. 6. 1., 2022. 2. 17.>

1. 지방자치단체

2. 법 제 83 조에 따라 모집을 할 수 있는 자

3. 법 제 175 조에 따른 보험협회, 법 제 176 조에 따른 보험요율 산출기관 및 법 제 178 조에 따른 보험 관계 단체

4.「한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사

5.「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)

6.「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사

7.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제 373 조의 2 에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)

8.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.

9.「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사

10.「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사

11. 삭제 <2014. 12. 30.>

12.「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금

13.「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금

14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인

15. 법률에 따라 설립된 기금(제 12 호와 제 13 호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인

16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인

17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인

가. 외국 정부

나. 조약에 따라 설립된 국제기구

다. 외국 중앙은행

라. 제 1 호부터 제 15 호까지 및 제 18 호의 자에 준하는 외국인

18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자 [본조신설 2011. 1. 24.]

[법규 9]

보험업 감독규정

내용
제 1-4 조의 2(전문보험계약자의 범위) 영 제 6 조의 2 제 3 항제 18 호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.<개정 2011.3.22> 1. 제 7-49 조제 2 호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자 2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자 <개정 2016.12.29> 3.「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자 4.「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 <신설 2019. 12. 18.> 5.「지방공기업법」에 따른 지방공기업 <신설 2019. 12. 18.> 6. 특별법에 따라 설립된 기관 <신설 2019. 12. 18.> 7. 제 7-49 조제 2 호가목 1)에 해당하는 단체 <신설 2019. 12. 18.>

[법규 10]

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

내용
제 32 조(개인신용정보의 제공・활용에 대한 동의) ① 신용정보제공・이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성・최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015. 3. 11., 2018. 12. 11., 2020. 6. 9.> 1. 서면 2.「전자서명법」제 2 조제 2 호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」제 2 조제 1 호에 따른 전자문서를 말한다) 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식 4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보・유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다. 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식 ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성・최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제 2 항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제 2 항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보 주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>

⑥ 신용정보회사등(제 9 호의 3 을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 1 항부터 제 5 항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제 17 조제 2 항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우

6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제 5 호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36 시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.

7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우

8. 국제협약 등에 따라 외국 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우

9. 제 2 조제 1 호의 4 나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9 의 2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9 의 3. 제 17 조의 2 제 1 항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9 의 4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제 1 호부터 제 10 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제 6 항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011. 5. 19., 2015. 3. 11.>

⑧ 제 6 항제 3 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑨ 제 8 항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>

⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제 1 항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

[법규 11]

약사법

내용
제 2 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2007. 10. 17., 2008. 2. 29., 2009. 12. 29., 2010. 1. 18., 2011. 6. 7., 2013. 3. 23., 2014. 3. 18., 2016. 12. 2., 2017. 10. 24., 2019. 8. 27.> 1. "약사(藥事)"란 의약품・의약외품의 제조・조제・감정(鑑定)・보관・수입・판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다. 2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.

[법규 12]

장기등 이식에 관한 법률

내용
제 4 조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2019. 1. 15., 2020. 4. 7.> 1. "장기등"이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다. 가. 신장・간장・췌장・심장・폐 나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)・골수・안구 다. 뼈・피부・근육・신경・혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손・팔 또는 발・다리

라. 제 8 조제 2 항제 4 호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정・고시한 것

마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출・이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

2. "장기등기증자"란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제 14 조에 따라 등록한 사람을 말한다.

3. "장기등기증희망자"란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제 15 조에 따라 등록한 사람을 말한다.

4. "장기등이식대기자"란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제 14 조에 따라 등록한 사람을 말한다.

5. "살아있는 사람"이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, "뇌사자"란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.

6. "가족" 또는 "유족"이란 살아있는 사람・뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14 세 미만인 사람은 제외한다.

가. 배우자

나. 직계비속

다. 직계존속

라. 형제자매

마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4 촌 이내의 친족

제 42 조(장기등의 적출・이식 비용의 부담 등)

① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.
② 제 1 항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

[법규 13]

소득세법

내용
제 59 조의 4(특별세액공제) ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100 분의 12(제 1 호의 경우에는 100 분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다. <개정 2015. 5. 13.> 1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료 2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제 1 호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

[법규 14]

소득세법 시행령

내용

제 107 조(장애인의 범위)

① 법 제 51 조제 1 항제 2 호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13.>

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 삭제 <2001. 12. 31.>
4. 제 1 호 및 제 2 호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

[법규 15]

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

내용

제 9 조(비급여대상)

①법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2 와 같다. <개정 2012. 8. 31., 2016. 8. 4.>

[별표 2] 비급여대상(제 9 조제 1 항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 단순한 피로 또는 권태

나.

주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환

라. 단순 코골음

마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료

아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 진료

3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제 52 조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18 세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제 1 큰어금니 또는 제 2 큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.

마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료

바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사

사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료

아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료

가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1 개의 입원실에 1 인(「의료법」 제 3 조제 2 항제 1 호에 따른 의원급 의료기관 및 제 3 호나목에 따른 치과병원의 경우 3 인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1 인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인

「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료 기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제 12 조제 1 항 또는 제 2 항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과「의료법」제 27 조제 3 항제 2 호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10 병상을 초과하는 「의료법」제 3 조제 2 항제 1 호의 의원급 의료기관, 같은 항 제 3 호나목의 치과병원, 같은 법 제 3 조의 5 제 1 항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2 분의 1 이상 확보할 것

(나) 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5 분의 3 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호마목의 종합병원 및 같은 법 제 3 조의 4 제 1 항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5 분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10 병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제 3 조제 3 호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제 12 조제 1 항 또는 제 2 항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제 27 조제 3 항제 2 호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50 퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1 개의 입원실에 5 인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제 8 조제 4 항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

(2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제 25 조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1 인실 병상을 이용하여 같은 법 제 28 조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1 인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등

보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다):
제 8 조제 4 항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의
입원료 중 4 인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용

라. 법 제 51 조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를
제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기
중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인
보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

마. 친자확인을 위한 진단

바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를
목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만,
보건복지부장관이 정하여 고시하는 65 세 이상인 사람의 틀니 및
치과임플란트는 제외한다.

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

자. 이 규칙 제 8 조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에
관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서「약사법」제 23 조에
따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

차. 삭제 <2006.12.29>

카. 삭제 <2018. 12. 31.>

타.「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른
의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

파.「마약류 관리에 관한 법률」제 40 조에 따른 마약류중독자의
치료보호에 소요되는 비용

하. 이 규칙 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상
또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의
행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」제 2 조제 2 항에 따른
평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제 3 조제 3 항에 따라
서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제 3 조의 4 에 따른

신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제 11 조제 9 항 또는 제 13 조제 1 항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 2 조제 2 항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.

거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 10 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술

너. 「의료기기법 시행규칙」 제 32 조제 1 항제 6 호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위

더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료

5. 삭제 <2006.12.29>

6. 영 제 21 조제 3 항제 2 호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제 1 호 내지 제 4 호(제 4 호 하목을 제외한다), 제 7 호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제 2 호아목, 제 3 호아목 및 제 4 호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료

나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제

6 의 2. 영 제 21 조제 3 항제 3 호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제 1 호부터 제 3 호까지, 제 4 호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제 2 호사목, 제 3 호아목 및 제 4 호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.

7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우

가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적

근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제 5 조제 4 항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

[법규 16]

관공서의 공휴일에 관한 규정

내용
제 2 조(공휴일) 관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. <개정 1998. 12. 18., 2005. 6. 30., 2006. 9. 6., 2012. 12. 28., 2017. 10. 17.> 1. 일요일 2. 국경일 중 3・1 절, 광복절, 개천절 및 한글날 3. 1 월 1 일 4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12 월 말일, 1 월 1 일, 2 일) 5. 삭제 <2005. 6. 30.> 6. 부처님오신날 (음력 4 월 8 일) 7. 5 월 5 일 (어린이날) 8. 6 월 6 일 (현충일) 9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8 월 14 일, 15 일, 16 일) 10. 12 월 25 일 (기독탄신일) 10 의 2.「공직선거법」제 34 조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일 11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날 **제 3 조(대체공휴일)** ① 제 2 조제 2 호부터 제 10 호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제 2 조 각 호의

공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다. <개정 2023. 5. 4.>

1. 제 2 조제 2 호・제 6 호・제 7 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제 2 조제 2 호・제 4 호・제 6 호・제 7 호・제 9 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일・일요일이 아닌 날에 같은 조 제 2 호부터 제 10 호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제 1 항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

[전문개정 2021. 8. 4.]

[법규 17]

호스피스・완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

내용
제 15 조(연명의료중단등결정 이행의 대상) 담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다. 1. 제 17 조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우 2. 제 18 조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우 **제 16 조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)**

① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1 명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

② 제 1 항에도 불구하고 제 25 조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다. <신설 2018. 3. 27.>

제 17 조(환자의 의사 확인)

① 연명의료중단등결정을 원하는 환자의 의사는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 확인한다.

1. 의료기관에서 작성된 연명의료계획서가 있는 경우 이를 환자의 의사로 본다.
2. 담당의사가 사전연명의료의향서의 내용을 환자에게 확인하는 경우 이를 환자의 의사로 본다. 담당의사 및 해당 분야의 전문의 1 명이 다음 각 목을 모두 확인한 경우에도 같다.
   가. 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단
   나. 사전연명의료의향서가 제 2 조제 4 호의 범위에서 제 12 조에 따라 작성되었다는 사실
3. 제 1 호 또는 제 2 호에 해당하지 아니하고 19 세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하여 표시된 연명의료중단등에 관한 의사에 대하여 환자가족(19 세 이상인 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다) 2 명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1 명인 경우에는 그 1 명의 진술을 말한다)이 있으면 담당의사와 해당 분야의 전문의 1 명의 확인을 거쳐 이를 환자의 의사로 본다. 다만, 그 진술과 배치되는 내용의 다른

환자가족의 진술 또는 보건복지부령으로 정하는 객관적인 증거가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

가. 배우자

나. 직계비속

다. 직계존속

라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 담당의사는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호에 따른 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서 확인을 위하여 관리기관에 등록 조회를 요청할 수 있다.

③ 제 1 항제 2 호나 제 3 호에 따라 환자의 의사를 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

제 18 조(환자의 의사를 확인할 수 없는 경우의 연명의료중단등결정)

① 제 17 조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1 명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다. <개정 2018. 12. 11.>

1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명이 확인한 경우
2. 환자가족 중 다음 각 목에 해당하는 사람(19 세 이상인 사람에 한정하며, 행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료 중단등 결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1 명이 확인한 경우

가. 배우자

나. 1 촌 이내의 직계 존속・비속

다. 가목 및 나목에 해당하는 사람이 없는 경우 2 촌 이내의 직계 존속・비속

라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 제 1 항제 1 호・제 2 호에 따라 연명의료중단등결정을 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

[법규 18]

국민건강보험법

내용
제 44 조(비용의 일부부담) ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다. <개정 2016. 3. 22.> ② 제 1 항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다. <신설 2016. 3. 22., 2023. 5. 19.> ③ 제 2 항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.<신설 2016. 3. 22.> ④ 제 2 항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제 3 항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <신설 2016. 3. 22.>

[법규 19]

국민건강보험법 시행령

내용
제 19 조(비용의 본인부담) ① 법 제 44 조제 1 항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2 와 같다. (이하 및 별표 2 생략)

[법규 20]

의료급여법

내용
제 7 조(의료급여의 내용 등) ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다. 1. 진찰·검사 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급 3. 처치·수술과 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치 ② 제 1 항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부 령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다. ③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

제 10 조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제 25 조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

[법규 21]

의료급여법 시행령

내용
제 13 조(급여비용의 부담) ① 법 제 10 조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1 과 같다. <개정 2003. 12. 30., 2005. 7. 5., 2013. 12. 11.> 1. 삭제 <2005. 7. 5.> 2. 삭제 <2005. 7. 5.> ② 삭제 <2005. 7. 5.> ③ 제 1 항의 규정에 불구하고 법 제 15 조제 1 항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.> ④ 제 1 항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금 (이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제 3 항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004. 6. 29.> ⑤ 제 4 항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제 1 호 라목・마목, 같은 표 제 2 호마목・바목 및 같은 표 제 3 호에 따라

의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30 일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100 분의 50 에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장・군수・구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다. <개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2014. 7. 16.> 1. 1 종수급권자 : 2 만원 2. 2 종수급권자 : 20 만원 ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제 5 항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. <개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2009. 3. 31., 2017. 12. 29.> 1. 1 종수급권자 : 매 30 일간 5 만원 2. 2 종수급권자: 연간 80 만원. 다만,「의료법」제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120 만원으로 한다. ⑦시장・군수・구청장은 수급권자가 제 6 항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다. <신설 2004. 6. 29., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.>

[법규 22]

지역보건법

내용
제 10 조(보건소의 설치) ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방・관리하기 위하여 시・군・구에 1 개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만,

시・군・구의 인구가 30 만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료를 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다. <개정 2021. 8. 17.>
② 동일한 시・군・구에 2 개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제 12 조(보건의료원)
보건소 중「의료법」제 3 조제 2 항제 3 호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건 의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제 13 조(보건지소의 설치)
지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

[법규 23]

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

내용
제 15 조(보건진료소의 설치・운영) ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍・면 지역에서 보건진료소를 설치・운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치・운영한다. 다만, 시・구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장・구청장이 보건진료소를 설치・운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로

편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.

② 보건진료소에 보건진료소장 1 명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보건진료 전담공무원으로 보한다.

③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

[전문개정 2012. 10. 22.]

[법규 24]

장애인복지법

내용
제 32 조(장애인 등록) ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장은 등록을 신청한 장애인이 제 2 조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.> ② 삭제 <2017. 2. 8.> ③ 특별자치시장・특별자치도지사・시장・군수・구청장은 제 1 항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.> ④ 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2017. 12. 19.>

⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제 1 항에 따른 장애인 등록 및 제 3 항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는「공공기관의 운영에 관한 법률」제 4 조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다. <신설 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.>

⑦ 삭제 <2021. 7. 27.>

⑧ 제 1 항 및 제 3 항부터 제 6 항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 12. 29., 2017. 2. 8., 2021. 7. 27.>

[법규 25]

국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

내용

제 6 조(등록 및 결정)

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다. <개정 2011. 9. 15., 2013. 5. 22., 2023. 3. 4.>

1.「국가보훈 기본법」제 23 조제 1 항제 3 호의 2 에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우

2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우

3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제 4 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제 1 항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다. <신설 2011. 9. 15.>

③ 국가보훈부장관은 제 1 항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 4 조 또는 제 5 조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제 4 조제 1 항제 3 호부터 제 6 호까지, 제 8 호, 제 14 호 및 제 15 호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다. <개정 2009. 2. 6., 2011. 9. 15., 2023. 3. 4.>

④ 국가보훈부장관은 제 3 항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제 74 조의 5 에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다. <개정 2011. 9. 15., 2023. 3. 4.>

⑤ 국가보훈부장관은 제 4 조제 1 항 각 호(제 1 호, 제 2 호 및 제 10 호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다. <신설 2016. 5. 29., 2023. 3. 4.>

⑥ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다. <개정 2011. 9. 15., 2016. 5. 29.>

[법규 26]

산업재해보상보험법 시행규칙

내용
제 47 조(운동기능장해의 측정) ① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4 와 같다. <개정 2020. 1. 10.> ② (생략) ③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.> 1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법 2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4 와 같다. <개정 2020. 1. 10.> ② (생략) ③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.> 1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법 2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[법규 27]

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

내용
제 11 조(의사 등의 신고) ① 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제 16 조제 6 항에 따라 표본감시 대상이 되는 제 4 급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 의료기관의 장에게 보고하여야 하고, 해당 환자와 그 동거인에게 질병관리청장이 정하는 감염 방지 방법 등을 지도하여야 한다. 다만, 의료기관에 소속되지 아니한 의사, 치과의사 또는 한의사는 그 사실을 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4., 2020. 8. 11.> 1. 감염병환자등을 진단하거나 그 사체를 검안(檢案)한 경우 2. 예방접종 후 이상반응자를 진단하거나 그 사체를 검안한 경우 3. 감염병환자등이 제 1 급감염병부터 제 3 급감염병까지에 해당하는 감염병으로 사망한 경우 4. 감염병환자로 의심되는 사람이 감염병병원체 검사를 거부하는 경우 ② 제 16 조의 2 에 따른 감염병병원체 확인기관의 소속 직원은 실험실 검사 등을 통하여 보건복지부령으로 정하는 감염병환자등을 발견한 경우 그 사실을 그 기관의 장에게 보고하여야 한다. <개정 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4.> ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 보고를 받은 의료기관의 장 및 제 16 조의 2 에 따른 감염병병원체 확인기관의 장은 제 1 급감염병의 경우에는 즉시, 제 2 급감염병 및 제 3 급감염병의 경우에는 24 시간 이내에, 제 4 급감염병의 경우에는 7 일 이내에 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <신설 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 3. 4., 2020. 8. 11.> ④ 육군, 해군, 공군 또는 국방부 직할 부대에 소속된 군의관은 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사실(제 16 조제 6 항에 따라 표본감시 대상이 되는 제 4 급감염병으로 인한 경우는 제외한다)이 있으면 소속 부대장에게 보고하여야 하고, 보고를 받은 소속 부대장은 제 1 급감염병의 경우에는 즉시,

제 2 급감염병 및 제 3 급감염병의 경우에는 24 시간 이내에 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2015. 7. 6., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27.>

⑤ 제 16 조제 1 항에 따른 감염병 표본감시기관은 제 16 조제 6 항에 따라 표본감시 대상이 되는 제 4 급감염병으로 인하여 제 1 항제 1 호 또는 제 3 호에 해당하는 사실이 있으면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 질병관리청장 또는 관할 보건소장에게 신고하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 7. 6., 2015. 12. 29., 2018. 3. 27., 2020. 8. 11.>

⑥ 제 1 항부터 제 5 항까지의 규정에 따른 감염병환자등의 진단 기준, 신고의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 7. 6.>

[법규 28]

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

내용

제 6 조(의사 등의 감염병 발생신고)

⑤ 법 제 11 조제 6 항에 따른 감염병환자등의 진단 기준은 별표 2 와 같으며, 그 밖의 세부 사항은 질병관리청장이 정하여 고시한다. <개정 2015. 7. 7., 2016. 1. 7., 2019. 11. 22., 2020. 9. 11.>

[별표 2] 감염병환자등의 진단 기준(제 6 조제 5 항 관련)

1. 제 1 급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람

다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

2. 제 2 급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람

다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

3. 제 3 급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람

다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

4. 제 4 급감염병의 경우

가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 궤양부위도말, 병변조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람

나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람

다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람